



**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

***Educar para o Regresso a Casa após Transplante  
Hepático***



**Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em  
Saúde Comunitária**

**Orientador: Prof. Doutora Maria Amália Botelho**

**Ana Paula da Costa Alves**

**2007**





Ninho... acolhimento, protecção e preparação para uma nova vida!

(anónimo)



## **ABREVIATURAS**

Ed. – edição

Enfº. – enfermeiro

p. – página

pp. - páginas

nº. – número

vol. – volume

## **SIGLAS**

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

UE – Unidade de Enumeração



## RESUMO

Em cuidados de saúde diferenciados, a promoção da saúde e as actividades de educação para a saúde são indispensáveis à capacitação individual, habilitando a pessoa a prevenir complicações da sua patologia e a agir no sentido de exercerem um maior controlo sobre a sua própria saúde para a obtenção de ganhos em saúde.

Com esta investigação pretendeu-se analisar a satisfação da pessoa transplantada hepática sobre os cuidados de enfermagem prestados, no âmbito da educação para a saúde e identificar dimensões que influenciaram a percepção e experiência da pessoa, face à preparação do regresso a casa.

Foi realizado um estudo descritivo, transversal, de abordagem de investigação mista e exploratório, com orientação quantitativa e qualitativa, num movimento dedutivo-indutivo, baseado numa amostra de conveniência de 75 pessoas transplantadas hepáticas do Hospital de Curry Cabral. Os resultados foram analisados no âmbito da problemática em estudo, baseada na estrutura do movimento metodológico, ao nível das expectativas, experiência e percepção da satisfação da pessoa transplantada hepática.

Neste estudo, salienta-se que os factores do domínio sócio-demográfico que influenciaram as expectativas são a idade e o tempo de internamento, assim como as experiências anteriores influenciaram a forma como a pessoa transplantada hepática recebeu as informações nesse internamento. As pessoas submetidas a transplante hepático, inquiridas neste estudo, afirmaram, em termos globais, que os cuidados de enfermagem recebidos durante o internamento, no âmbito da educação para a saúde, para o regresso a casa foram “Bons/Muito Bons” e “Razoáveis”. As expectativas, experiências anteriores, experiência com os cuidados de enfermagem e as percepções sobre os cuidados de enfermagem e a preparação para o regresso a casa são, neste contexto, reconhecidas como influenciadoras da satisfação com os cuidados de enfermagem.

É imprescindível, portanto, que as actividades de educação para a saúde desenvolvidas pelos enfermeiros, usando a sua autonomia, contribuam para enfatizar o cuidar profissional em enfermagem, dando visibilidade à sua intervenção com a pessoa e/ou família no regresso a casa.

Palavras-Chave: Educação para a Saúde; Satisfação sobre os Cuidados de Enfermagem; Regresso a Casa



## **SUMMARY**

In differentiated healthcare, the promotion of health and health education activities are indispensable for personal empowerment, preparing the individual to prevent complications of his own disease, exercising a greater control over his own health, resulting in global health gains.

This investigation was intended to analyse the satisfaction of liver transplant patients about the nursing care given, concerning health education, as well as to try and identify aspects that influenced the patient's perception and experience when dealing with the preparation of returning home.

The study was descriptive, with a mixed approach of exploratory and mixed inquiry, with qualitative and quantitative orientation, in a deductive-inductive direction. The population integrated a convenience sample of 75 liver transplant patients admitted at the Curry Cabral Hospital. The results were analysed according to the objectives, based on the methodological movement structure, level of expectations, experience and perception of the patient's satisfaction.

This study draws attention to the fact that demographic factors such as age and hospitalisation time influenced expectations, as well as previous experiences influenced the manner in which these patients received information during their hospital stay. The patients submitted to liver transplant, questioned in this study, affirmed, in a global manner, that nursing care given during admission, concerning health education for returning home were "Good/Very Good" and "Reasonable". Expectations, previous experiences, experience with and perceptions about nursing care as well as hospital discharge preparation were in this context, recognized as influences on the satisfaction of nursing care given.

It is indispensable, therefore, that activities related to health education autonomously developed by nurses, contribute to emphasize the professional role of nursing care, highlighting the nurse's intervention with the patient and/or family when returning home.

**Keywords:** Health Education; Satisfaction of Nursing Care; Returning Home



## ÍNDICE

	P.
<b>0. INTRODUÇÃO</b>	16
<b>1. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E ENFERMAGEM NUMA PERSPECTIVA DO REGRESSO A CASA</b>	22
1.1. A educação para a saúde na intervenção em enfermagem para o regresso a casa	22
1.2. A satisfação da pessoa sobre os cuidados de enfermagem educacionais	28
<b>2. METODOLOGIA</b>	32
2.1. Tipo de estudo	32
2.2. Amostra	33
2.3. Desenho do estudo	34
2.3.1. Indicadores	35
2.3.2. Caracterização do Instrumento de Colheita de Dados	37
2.3.2.1. Variáveis em Estudo	38
2.3.2.2. Pré-teste	43
2.3.2.3. Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados	44
2.4. Métodos Estatísticos	44
<b>3. RESULTADOS</b>	46
3.1. Dados Quantitativos	47
3.1.1. Caracterização Sócio-Demográfica	47
3.1.2. Domínio Saúde	48
3.1.3. Experiência com os Cuidados de Enfermagem	50
3.1.4. Percepção sobre os Cuidados de Enfermagem	52
3.1.5. Síntese das prevalências das respostas favoráveis da amostra inquirida em Experiência e Percepção	54
3.1.6. Preparação do Regresso a Casa	55
3.1.7. Factores Sócio-Demográficos e a Percepção da Satisfação com os Cuidados de Enfermagem, na Preparação do Regresso a Casa	56



3.1.8. A Percepção da Satisfação com os cuidados de enfermagem, na preparação do regresso a casa e Experiência Vivenciada	57
3.1.9. A Satisfação com os Cuidados de Enfermagem na Preparação do Regresso a Casa e Percepção sobre os Cuidados de Enfermagem	59
3.1.10. As dimensões da Satisfação relativamente à Preparação do Regresso a Casa	60
3.2 Dados Qualitativos	61
<b>4. DISCUSSÃO</b>	66
<b>5. CONCLUSÕES</b>	74
<b>6. RECOMENDAÇÕES</b>	77
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	78
<b>ANEXOS</b>	89
Anexo I – Instrumento de colheita de dados	90
Anexo II – Autorização para a realização da Investigação	95



## ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro nº1 Características Sócio-Demográficas	40
Quadro nº2 Domínio Saúde	41
Quadro nº3 Experiência com os cuidados de Enfermagem	42
Quadro nº4 Percepção sobre os Cuidados de Enfermagem	42
Quadro nº5 Preparação do Regresso a Casa	45
Quadro nº6 População Total estratificada por Ano	46
Quadro nº7 Características Sócio-Demográficas das pessoas inquiridas	48
Quadro nº 8 Domínio Saúde das pessoas inquiridas	49
Quadro nº9 Proporção por grau de concordância acerca de Informação	50
Quadro nº10 Proporção por grau de concordância acerca de Comunicação	51
Quadro nº11 Proporção por grau de concordância acerca da Relação Interpessoal	51
Quadro nº12 Proporção por grau de concordância acerca de Participação e Envolvimento	52
Quadro nº13 Proporção da percepção na Informação	52
Quadro nº14 Proporção da percepção na Comunicação	53
Quadro nº15 Proporção da percepção na Relação Interpessoal	53
Quadro nº16 Proporção da percepção na Participação e Envolvimento	54
Quadro nº17 Síntese das prevalências das respostas favoráveis da amostra inquirida em Experiência e Percepção	55
Quadro nº18 Preparação do Regresso a Casa	56
Quadro nº19 Proporção de inquiridos que afirmaram estar Satisfeitos com os cuidados de enfermagem na preparação do regresso a casa, segundo as Características Sócio-demográficas	57
Quadro nº20 Proporção de inquiridos que afirmaram estar Satisfeitos com os cuidados de enfermagem na preparação do regresso a casa, segundo a sua Experiência	58
Quadro nº21 Proporção de inquiridos que afirmaram estar Satisfeitos com os cuidados de enfermagem na preparação do regresso a casa, segundo a sua Percepção	59



Quadro nº22	Distribuição das dimensões de Satisfação relativamente à Preparação do Regresso a Casa	61
Quadro nº23	Sistema de Categorias e Subcategorias	62
Quadro nº24	Unidades de Registo mais significativas por categorias da relação entre os cuidados de enfermagem educacionais, as necessidades e expectativas da pessoa	63
Quadro nº25	Unidades de Registo mais significativas por categorias das informações mais úteis, transmitidas no internamento do transplante hepático, para satisfazer as necessidades da pessoa no seu domicílio	64
Quadro nº26	Unidades de Registo mais significativas por categorias das informações que não foram transmitidas no internamento do transplante hepático, pela equipa de enfermagem, e que a pessoa necessitou no seu domicílio	65



## ÍNDICE FIGURAS

	p.
Figura 1 Representação gráfica do Modelo de Análise	34
Figura 2 Dimensões e indicadores que contribuem para o comportamento em saúde	35
Figura 3 Componentes e Indicadores da satisfação da pessoa face aos cuidados educacionais de enfermagem	36
Figura 4 Convergência entre os Paradigmas Quantitativo e Qualitativo e os Métodos Hipotético-Dedutivo e Hipotético-Indutivo	68



**DEDICO ESTE TRABALHO:**

À minha mãe Fernanda e ao meu Pai Diamantino por toda a força, amor e dedicação nos caminhos da vida, acreditando e apoiando firmemente todas as decisões.

Ao meu Irmão Miguel pelo entusiasmo, carinho e presença constante.

Ao Paulo, ele sabe porquê.



## **AGRADECIMENTOS**

A concretização deste trabalho de investigação só foi possível com o empenho, dedicação e investimento de várias pessoas, que colaboraram de forma directa ou indirecta, formal ou informal, pelo que aqui lhes fica expresso o meu mais sincero agradecimento.

À Professora Doutora Maria Amália Botelho, que me encaminhou na construção dos caminhos da investigação, pelo espírito crítico e seriedade na orientação deste trabalho. Criar...Inovar...palavras, atitudes e estímulos de quem acreditou e dedicou a sua competência e empenhamento no meu crescimento.

À Professora Teresa Contreiras, pela disponibilidade, rigor científico e aconselhamento aquando da análise estatística dos resultados e por toda a sua contribuição ao longo do percurso.

Ao Professor Doutor José Luís Castanheira, pelo seu impulso à investigação e ao desenvolvimento e aprofundamento do conhecimento, oferecendo-me perspectivas e desafios interessantes nos primeiros passos deste estudo.

À Professora Enfermeira Isabel Rabiais, pela sua amabilidade, incentivo e presença sempre constante nos momentos mais difíceis.

Às Professoras Enfermeiras Ana Spínola, Cacilda e Hélia da Escola Superior de Enfermagem de Santarém, pela reflexão e discussão da temática para a sua clarificação e por todo o apoio sempre rigoroso e constante neste percurso. Gostaria também de expressar o meu agradecimento especial ao Professor Doutor José Amendoeira que pela transmissão do seu saber, têm sido elemento fundamental na construção do meu percurso pessoal e profissional.

À equipa do Serviço de Unidade de Transplantação do Hospital de Curry Cabral: em especial ao Professor Dr. Eduardo Barroso, pelo seu interesse e cooperação na máxima disponibilidade: elementos fulcrais no desenrolar da investigação; ao Dr. Américo Martins, Dr. Freire e à Enfermeira Chefe Fernanda Moreno pela colaboração; e um



especial agradecimento à Enfermeira Margarida Menezes das Consultas Externas de Transplantação Hepática, pela sua preciosa ajuda e colaboração aquando da colheita de dados.

À equipa do Serviço da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Curry Cabral, em especial: à Enfermeira Chefe Alexandra Ferreira, à Enfermeira Manuela Santos, ao Enfermeiro Bruno Silva, à Enfermeira Alida Hollander, à Enfermeira Andreia Morais, à Enfermeira Cristina Fátima Martins, à Enfermeira Patrícia Vinagre, à Enfermeira Maria Laura Martin, à Enfermeira Ana Filipa Piedade, ao Enfermeiro João Gil, ao Enfermeiro Marco Menaia, pelas palavras de apreço, companheirismo e de força que foram essenciais à realização desta investigação; Ao Director Dr. Luís Mourão, Dr. Mário Rui e ao Dr. Paulo Marcelino pelos momentos de discussão de pequenos aspectos, mas grandes contribuições; um especial Obrigada à Dr. Susan Marum pela sua sempre presença e colaboração neste trabalho.

Aos doentes transplantados hepáticos que aceitaram participar no estudo.



## **PREÂMBULO**

A saúde é influenciada por factores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. A influência destes factores na saúde impulsiona a que as acções de promoção de saúde exijam a cada pessoa, comportamentos e estilos de vida que aumentem o seu potencial de saúde. Preconiza-se, assim, que os ganhos em saúde deixem transparecer a exigência de uma acção coordenada de todos os intervenientes, sendo que os grupos profissionais e sociais, nomeadamente os enfermeiros, adquiram a máxima responsabilidade como mediadores. Salienta-se a intervenção no âmbito da Educação para a Saúde, estabelecendo prioridades, decidindo, planeando estratégias e implementando-as, de forma a reforçar a acção comunitária, a desenvolver aptidões pessoais e reorientar os serviços de saúde para a promoção da saúde.

Dada a crescente complexidade do cuidar, o enfermeiro deve reconhecer a necessidade de uma abordagem multiprofissional e reflectir sobre a sua forma de estar e ser na profissão para que a sua intervenção se desenvolva na perspectiva da pessoa e da qualidade dos cuidados (Palma, A. *et al*, 1995). É certamente reconhecido que a organização da prestação de serviços de saúde têm como missão resolver e dar resposta à saúde da pessoa, pelo que a dualidade eficácia/eficiência terá repercussões na sua satisfação.

Este trabalho situa-se no estudo da satisfação da pessoa sobre os cuidados de enfermagem prestados, no âmbito da educação para a saúde, durante o internamento hospitalar, conducentes ao regresso a casa. Enquanto enfermeira na prestação de cuidados, questiono-me frequentemente se a pessoa, alvo dos cuidados, se sente satisfeita com os cuidados de enfermagem prestados durante o internamento, no âmbito da educação para a saúde e para o regresso a casa. Considero que aquilo que a pessoa expressa é o argumento principal que pode ou não ser razão de mudança. Constatam-se a existência de alguns estudos efectuados sobre a satisfação das pessoas com os cuidados de enfermagem, desconhecendo-se estudos que integrem exclusivamente a satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem no âmbito da educação para a



saúde para o regresso a casa. Por estes motivos, valorizar a educação para a saúde, em cuidados de saúde diferenciados, para o regresso a casa, constitui a minha razão fundamental para a construção deste estudo de investigação.

A prestação de cuidados a nível hospitalar, revelou-se-me interessante, na diferenciação de modelos de intervenção em educação para a saúde, na especificidade do cuidar em enfermagem à pessoa submetida a transplante hepático. Na prática, abrange maioritariamente pessoas na fase de vida da adultícia, com internamentos de alguns dias, onde muitas interrogações emergem em vista do futuro caminhar “só, com o meu transplante”(Guita, 2005).

Escutar a pessoa sobre a sua experiência enquanto doente submetido a transplante hepático pode contribuir distintamente na adequação de estratégias na intervenção de enfermagem às suas necessidades. Considero relevante investigar esta temática para reconhecer como poderão os enfermeiros contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados em educação para a saúde no regresso a casa.



## **0. INTRODUÇÃO**

A promoção da saúde é o reflexo da gestão do recurso mais importante da humanidade: a VIDA! Com vista à melhoria do estado de saúde há que contemplar a equidade em saúde nos cuidados prestados, ou seja, capacitar a pessoa para a completa realização do seu potencial de saúde, assegurando igualdade de oportunidades e recursos, o que pressupõe acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis. (Carta de Ottawa, 1969)

Em 2005, na Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, foi construída a carta de Bangucoque, que complementa e desenvolve os valores, princípios e estratégias da Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, sem esquecer as recomendações emanadas das conferências subsequentes desta, ratificadas pelos Estados Membros através da Assembleia Mundial de Saúde. Assim, defende-se que a promoção da saúde:

“alicerça-se nesse direito humano prioritário e traduz um conceito positivo e inclusivo de saúde como determinante da qualidade de vida, que inclui o bem-estar mental e espiritual e (...) é o processo de capacitação de pessoas para controlar os determinantes da saúde, e assim melhorarem a sua saúde. É uma função essencial da saúde pública, que coadjuva as acções de controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como de outras ameaças à saúde” (Carta de Bangucoque, 2005).

Também, neste sentido, António Dias (2000) afirma que a promoção da saúde é um processo dinâmico que exige a adopção de uma cultura orientada para a obtenção de ganhos em saúde, conduzindo a uma mudança de atitudes e focalizando a intervenção nas necessidades do indivíduo, enquanto pessoa compreendida na sua globalidade.

Enfatizando a mudança voluntária de comportamento para melhorar a própria saúde, Green e Kreuter (1991), consideram educação para a saúde como: “qualquer combinação planeada de experiências de aprendizagem, realizada de forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades”. A adaptação da pessoa à doença é um processo dinâmico e depende de factores como a personalidade, a complexidade da doença, o suporte da



equipa de saúde e o apoio familiar e social. Torna-se, portanto, prioritário capacitar a pessoa para lidar com a sua saúde e doença (Tones, K. (1991), desenvolvendo as suas potencialidades para o autocuidado.

Na promoção da saúde, as actividades de educação para a saúde precisam de estar inscritas no plano de prestação de cuidados. Mesmo na prestação de cuidados diferenciados existem actividades indispensáveis de educação para a saúde. Por exemplo, em ambiente hospitalar, a preparação do regresso da pessoa a casa, um processo dinâmico e flexível, sujeito a alterações de acordo com as necessidades da pessoa e da sua família, deve garantir a continuidade dos cuidados e ser iniciado no momento de admissão.

Inserido numa equipa, o enfermeiro é protagonista essencial na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no desenvolvimento de actividades de educação para a saúde. Na interacção com a pessoa e/ou com a família, as suas intervenções devem ser contextualizadas numa perspectiva educacional. O enfermeiro enquanto educador para a saúde enaltece a profissão quando o compreendemos inserido na equipa de enfermagem, onde a responsabilização, autonomia e qualificação das suas intervenções no processo de cuidados de enfermagem se contextualizam na interacção destes com a pessoa e/ou família. Nesta perspectiva, é no Regulamento do Exercício Profissional para Enfermeiros que se definem objectivos fundamentais: “a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (REPE, 1996). Portanto, o enfermeiro como educador para a saúde visa capacitar a pessoa para o autocuidado e auto-responsabilização, respeitando os seus direitos à vida e à qualidade de vida, conforme o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Dec. Lei nº 104/98 de 21 de Abril, p.58). Neste contexto, há a destacar que a intervenção do enfermeiro procura a satisfação das necessidades humanas fundamentais, a máxima independência nas actividades de vida, frequentemente através de processos de aprendizagem e

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde. (...) - a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; - o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (Ordem dos Enfermeiros – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Dezembro de 2002: 3.2.A promoção da saúde, p.12).

Em contexto dos cuidados de saúde diferenciados, preconiza-se que a preparação do regresso a casa seja um processo dinâmico e flexível sujeito a diversas alterações de acordo com as necessidades da pessoa adulta e família, garantindo a continuidade dos



cuidados, e que tenha início no momento de admissão e continue até ao momento de alta. A compreensão por parte da pessoa e família da condição de doença, o sentimento de estarem preparados para o auto-cuidado após a alta e o envolvimento nas decisões, são indicadores da satisfação da pessoa, no entender de Maramba, P., *et al* (2004). Durante o ciclo vital, a fase da adultícia é um momento de grande participação na vida comunitária e dever-se-á ter em conta que: “Na promoção da saúde, merecerá prioridade a promoção de estilos de vida mais saudáveis nos cidadãos portadores de doença. (...) Os *Settings* a privilegiar nesta fase do ciclo de vida incluem a família, o local de trabalho e as unidades de saúde” (Plano Nacional de Saúde 2004/2010 – volume II: Estratégias para obter mais saúde para todos, p.32).

Realço a especificidade da pessoa adulta sujeita a transplante hepático pelas características a ela inerentes, tais como o papel de doente crónico, o medo da rejeição do novo órgão, a preocupação em evitar infecções, a alteração do aspecto físico e imagem corporal condicionada pela terapêutica pós-transplante. Estes aspectos são relevantes na capacitação da pessoa adulta sujeita a transplante hepático e/ou família, resultantes da interacção com o enfermeiro, no decorrer do processo de cuidados de enfermagem e no âmbito da educação para a saúde para a preparação do regresso a casa. Uma razão para a escolha do internamento para a cirurgia de transplantação hepática reside na mudança dramática durante este período: a interacção enfermeiro/pessoa doente passa da independência na admissão para a total dependência durante o internamento da cirurgia (Christensen, J., 1993).

Emerge, assim, o conceito de satisfação como indicador da qualidade dos cuidados prestados. A satisfação do utente é definida como a avaliação subjectiva que este faz das reacções cognitivas e emocionais, como resultado entre as suas expectativas perante os cuidados de enfermagem ideais e as suas percepções dos cuidados de enfermagem ocorridos (Peter, J.; Magnus, O.; Bengt, F., 2002, p. 338). Acresce que o enfermeiro no seu exercício profissional “(...) persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (Ordem dos Enfermeiros – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Dezembro de 2002, p.11).

A garantia de excelência da qualidade dos cuidados prestados é uma preocupação permanente no exercício profissional. Em Enfermagem, a investigação da qualidade dos cuidados prestados tem sido mais reconhecida e uma das estratégias para que se efective um exercício profissional de qualidade passa pela investigação direccionada



“aos cuidados de enfermagem (a pessoa e a sua capacidade de resposta nas actividades quotidianas (...)), no sentido da prevenção da doença, promoção de processos de readaptação e de satisfação das necessidades humanas fundamentais (...), tendo como foco o cliente interno e a satisfação” (Mesquita, C.; Paula, H.; Pestana, H.; 2006, p.26).

Na actualidade, o cuidar da pessoa é, cada vez mais baseado numa ciência exacta, em que a enfermagem se direcciona à elaboração de um corpo de conhecimentos científicos interrelacionados com a prática dos cuidados, segundo Polit e Hungler (1995, p. VII). De facto, a agenda de investigação tem vindo a privilegiar pesquisas sobre a metodologia e sobre os resultados dos cuidados prestados (Ribeiro Rebelo e Basto, 1996, p.27). E no entender de Silva, A. (2006) a preparação do regresso a casa é importante tornar-se objecto de investigação, dado que o papel do enfermeiro não pode terminar à porta do hospital no momento da alta; são as necessidades dos doentes que determinam a extensão do papel dos enfermeiros: é ao analisar as necessidades das pessoas em matéria de cuidados que se deve definir o sentido do desenvolvimento da profissão. Pelo que se assume como objecto de estudo – satisfação da pessoa transplantada hepática com os cuidados de enfermagem educacionais no regresso a casa. Importa, portanto, delimitá-lo: não existem estudos científicos nesta área temática.

O grau de satisfação do utente tem sido alvo de diversas investigações científicas, no entanto existe ainda uma grande lacuna no que concerne à investigação na área da transplantação hepática, dado que apenas existem estudos no âmbito da qualidade de vida no doente após transplante hepático (em Portugal, salientam-se: Abrunheiro, L.; 2005; Ramos, A.; 1996; Tavares, E.; 2004) e tal como refere Lazure, H. (1999, p.41) “a investigação nos cuidados de enfermagem relacionados com os transplantes, infelizmente não acompanha o seu desenvolvimento brilhante”.

Na bibliografia europeia, salientam-se estudos com referência à satisfação com os cuidados de enfermagem que afirmam que a satisfação da pessoa que usufruiu dos cuidados de enfermagem é um importante indicador de qualidade dos cuidados e os factores que a influenciam têm de ser vistos da perspectiva da pessoa (González-Valentín, A.; *et al*; 2005; O’Connell, B.; *et al*; 1999; Han, C.; *et al*; 2003; Peter, J.; *et al*; 2002; Thomas, L.; Bond, S.; 1996).

Em Portugal, existem vários estudos científicos que investigaram a temática da satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados, dos quais se pode concluir que a melhoria da qualidade dos cuidados exige uma gestão orientada para a satisfação das necessidades e exigências do utente dos serviços (Santos, M.; 1993; Silva, M.; 1994; Pego, Z.; 1998; Sepúlveda, M.; 1998; Lopes, M.; 1999; Duarte, M.; 2000;



Monteiro, A.; 2000; Ferreira, P., *et al*; 2001; Lucas, M.; 2002; Fernandes, T.; 2003; Lourenço, H.; 2004). Em relação a estudos desenvolvidos em Portugal acerca da satisfação da pessoa sobre os cuidados de enfermagem, conhecem-se dois estudos referentes a teses de mestrado: “A satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem – construção e validação de um instrumento de medida” de Ana Ribeiro (2003) e “As opiniões dos doentes sobre os cuidados de enfermagem” de António Faria (2006), que contribuíram para a criação de instrumentos de avaliação do grau de satisfação.

Estes aspectos conduziram à presente investigação dedicada à satisfação da pessoa sobre os cuidados de enfermagem no que respeita à educação para a saúde para o regresso a casa, no contexto particular da transplantação hepática. Com este estudo pretende-se contribuir para a visibilidade da autonomia, da responsabilização e para a qualificação do processo de cuidados em enfermagem, tendo em vista a melhoria da sua qualidade. Assim, emerge a seguinte **questão de partida**: *No âmbito da educação para a saúde, qual a satisfação da pessoa submetida a transplante hepático, sobre os cuidados de enfermagem que lhes foram prestados durante o internamento hospitalar do transplante hepático, conducentes à preparação de uma reintegração familiar e social?*

Assumem-se como conceitos centrais nesta investigação: “educação para a saúde”; “satisfação da pessoa sobre os cuidados de enfermagem” e “preparação do regresso a casa”, no sentido de delinear um quadro teórico orientador ao estudo, bem como conduzir as opções metodológicas. Neste sentido, desenvolve-se uma investigação do tipo descritivo, transversal, de abordagem de investigação mista e exploratório, com orientação quantitativa e qualitativa, num movimento dedutivo-indutivo (Quivy & Campenhoudt, 1992).

Com vista a dar resposta à problemática desta investigação e como indicadores do caminho a percorrer, definiram-se os seguintes **objectivos do estudo**:

- Analisar a satisfação da pessoa transplantada hepática com os cuidados de enfermagem prestados, no âmbito da educação para a saúde
- Identificar dimensões, que influenciaram a percepção/experiência da pessoa submetida a transplante hepático, face à preparação do regresso a casa



O presente estudo encontra-se estruturado em 6 capítulos, sendo alguns deles dividido em sub-capítulos. Assim, no primeiro capítulo, apresentar-se-á a conceptualização do objecto de estudo no que refere à escolha e formulação do problema de investigação mas também à delimitação do quadro de referência. Pretende-se fazer referência, em dois sub-capítulos, à importância da enfermagem e da educação para a saúde numa perspectiva do regresso a casa, relevar primeiramente a educação para a saúde na intervenção em enfermagem para o regresso a casa e seguidamente focar a satisfação da pessoa sobre os cuidados de enfermagem educacionais.

No segundo capítulo, a fase metodológica, relatam-se os métodos e o instrumento que se decidiu utilizar para obter as respostas à questão de investigação colocada. Inclui-se aí, o tipo de estudo escolhido, assim como o local e os sujeitos seleccionados, o desenho do estudo, caracterização do instrumento de colheita de dados e métodos estatísticos.

Expõe-se no terceiro capítulo, o tratamento e análise dos resultados obtidos, de âmbito quantitativo e qualitativo.

O quarto e quinto capítulos constituem uma reflexão sobre a metodologia e os resultados obtidos no âmbito da discussão e conclusão.

Por fim, as recomendações que emergem do trabalho desenvolvido.



## **1. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E ENFERMAGEM NUMA PERSPECTIVA DO REGRESSO A CASA**

### **1.1 - A educação para a saúde na intervenção em enfermagem para o regresso a casa**

Humanizar em saúde...é estabelecer uma relação humana positiva em todo o exercício de cuidados, quer na educação para a saúde no regresso a casa, quer na reintegração da pessoa e da família na sociedade. É, imprescindível, contextualizar o conceito de pessoa: “A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual (...) e influenciados pelo ambiente no qual vive e se desenvolve” (Ordem dos Enfermeiros – Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2002, p.6 e 7).

Promover e proteger a saúde é, por conseguinte, uma responsabilidade que exige a adopção de uma cultura orientada para a vida, focalizando a intervenção “(...) qualquer que seja o modelo, as necessidades da pessoa, sujeito de cuidados, no seu ciclo de vida e integrada no seu grupo/família é o eixo estruturante fundamental e nuclear”(OE, Conselho de Enfermagem Do Caminho Percorrido e das propostas, 1999-2003, p.277). Constata-se que, analisadas as recomendações estratégicas nacionais e europeias da política de saúde e educativa, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 contempla como objectivo a obtenção de ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde das pessoas nas diferentes etapas do ciclo de vida. Pretende-se centrar a mudança no cidadão, reorientando o sistema prestador de cuidados, numa abordagem centrada na família, no ciclo de vida e vocacionada para a gestão integrada da doença. É neste sentido que importa realçar que os objectivos da educação para a saúde visam a aquisição de conhecimentos que permitam à pessoa “poder” e “saber” que permitam escolher e adoptar atitudes e comportamentos de forma responsável, favorecendo a sua saúde (Manderscheid, J.; 1994, p.85).

Interessa, também, compreender a importância da educação para a saúde integrada no planeamento para o regresso a casa, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida da pessoa, tal como uma das definições de educação para a saúde: “é toda e qualquer combinação de experiências de aprendizagem planificada, destinada a facilitar as



mudanças voluntárias de comportamentos saudáveis” (Green, L.; 1991, p.17). A interpretação cuidada desta definição é dada pelo significado dos seus elementos. Experiência de aprendizagem pode-se entender como a vivência de internamento enriquecedora de conhecimentos, atitudes, valores e competências psicomotoras favorecendo a realização de comportamentos de saúde. Mudanças voluntárias como a adaptação autónoma e autodeterminada numa abordagem em que se forneçam à pessoa “instrumentos que ajudam a encontrar o caminho que se adapte à sua personalidade, ao seu contexto de vida e à sua cultura no sentido da aquisição de comportamentos saudáveis” (Madeira, A.; 2004, p.28). É, também, neste sentido que Bury (1988), afirma que no âmbito da educação para a saúde deve ser realizada revisão frequente dos objectivos educativos e a participação activa da pessoa alvo a nível da planificação, do desenvolvimento do processo e da sua avaliação permanente.

Valorizar a educação para a saúde na pessoa assume uma dimensão de enorme relevo na enfermagem, dado que é “(...) a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar Cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível” (Ministério da Saúde. Decreto Lei nº161/96 de 4 de Setembro (REPE). Cuidar da pessoa, numa concepção holística, no paradigma da integração (Kérouac, *et al* 1994) só é possível porque “O exercício profissional de Enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (...)” (OE-Divulgar, 2002, p.8).

Os modelos de educação para a saúde combinam elementos de psicologia, sociologia, economia, antropologia cultural, educação, epidemiologia e filosofia. Assim, a educação para a saúde como profissão, na força desta experiência com os seus modelos e a essência da enfermagem com compromisso para a promoção da saúde, deverá assumir um papel central na consolidação e aplicação de modelos de outras disciplinas e testá-los na prática (Green, L.; 1984, p.192).

O Modelo de Crença na Saúde desenvolvido por Hochbaum e Rosenstock (1958, citado em Russel, 1996) é um dos modelos mais amplamente utilizados no comportamento individual de saúde. Este modelo emprega-se para compreender o que leva a pessoa a fazer, ou não, acções variadas quanto à sua saúde. Este modelo baseia-se na teoria das



expectativas e valores, ou seja, qualquer pessoa agirá de maneira a evitar ou controlar uma situação de saúde/doença, se à mesma corresponderem: a susceptibilidade da pessoa face a essa situação, a ocorrência de várias consequências para ela reduzindo a gravidade da situação de doença e a pessoa acreditar que as possíveis barreiras à acção serão inferiores aos respectivos benefícios (Russel, 1996). Os autores referem-se ainda ao aspecto de que os factores sócio-demográficos, psicológicos e estruturais podem, num dado momento, afectar a percepção da pessoa e influenciar indirectamente a relação saúde-comportamento.

A Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura (1977), também denominada como Teoria do Pensamento Social é um instrumento que permite prever a orientação e estabilidade no tempo, das mudanças de comportamentos de saúde. Este autor introduz o conceito de auto-eficácia que se baseia na hipótese de que o comportamento é determinado pelas expectativas e incentivos e pode-se, também, considerar como percepções ou crenças de dois tipos: relativos ao efeito do comportamento (resultados das expectativas) e relativos às suas próprias capacidades de realizar o comportamento (eficácia das expectativas) (Manderscheid, J.; 1994, p.86).

Modelos de Comportamento Interpessoal de Saúde centram-se no efeito da interacção da pessoa com outros indivíduos, grupos ou com o ambiente, daí que as relações interpessoais reforçam a mudança de comportamento. É neste sentido que a Teoria da Aprendizagem Social (Perry, C.L.; Baranowski, T.; Parcel, G.S.; 1990, citado em Russel, 1996) explica o comportamento humano num modelo triádico, dinâmico e recíproco, onde interagem o comportamento, factores pessoais (incluindo aspectos cognitivos) e ambientais, promovendo especificamente a aprendizagem pela observação. Assim, as intervenções para alterar um comportamento individual podem direccionar-se a factores pessoais: a capacidade para realizar o comportamento – conhecimento e treino de habilidades, expectativas sobre os resultados – resultados de modelos positivos, habilidade para regular e exercitar o autocontrolo e auto-eficácia – apetência acrescida para a mudança; ou a factores ambientais: incluindo pessoas ou situações que reforçam comportamentos – oportunidades para suporte social (Russel, 1996).

Um dos modelos de planeamento mais utilizado – Modelo Precede-Proceed, foi desenvolvido por Green, L.W.; Kreuter, M.W.; Deeds, S.G.; Partridge, K.B. em 1980,



que pretende descrever e identificar os factores associados aos comportamentos alvo e classificá-los de acordo com os seus papéis (Green e Kreuter, 1991). Os autores propuseram a divisão dos factores associados ao comportamento em três categorias distintas, sendo que cada uma delas tem influência diferente: predispor, capacitar e reforçar. Os *factores Predisponentes* definidos como “os antecedentes ao comportamento que proporcionam a base lógica ou a motivação para o comportamento” (Ib.p.151). Estes factores incluem conhecimentos, crenças, atitudes, valores, capacidades, factores sócio-demográficos. Os *factores Capacitadores* definidos como “os antecedentes do comportamento que permitem que a motivação se realize” (Ib.p.161). Estes factores incluem novas capacidades necessárias ao comportamento, como os cuidados de saúde, recursos disponíveis e acessíveis. Os *factores de Reforço* definidos como “os factores subsequentes ao comportamento que proporcionam a recompensa contínua ou o incentivo para o comportamento e contribuem para a sua persistência ou repetição” (Ib.p.165). Estas consequências do comportamento podem ser positivas, negativas, sociais – apoio social, influência dos pares, resposta e aconselhamento por parte dos profissionais de saúde, físicas – conforto e dor, tangíveis – benefícios, imaginados ou verídicas – aparência, auto-respeito ou perda do mesmo.

Importa mencionar que os factores e as respectivas categorias não se excluem, ou seja, um factor pode ser convenientemente colocado em mais do que uma categoria. Em relação a estas categorias é de dimensionar os factores em três tipos de estratégia de intervenção: *comunicação directa* – para influenciar os factores predisponentes; *comunicação indirecta* – através da família, parceiros, professores, profissionais de saúde para influenciar os factores de reforço; e *estratégias organizativas ou de formação* – para alterar os factores capacitadores (Green e Kreuter, 1991).

Segundo os mesmos autores, na fase do processo de planeamento da intervenção em enfermagem, a construção dos objectivos educacionais sugerem a selecção de estratégias e actividades para produzir mudança no grupo alvo. Os métodos educativos de planeamento em educação para a saúde são classificados em três categorias: métodos de comunicação, métodos baseados no treino e métodos organizativos. Estes métodos classificam-se também de acordo com o nível de intervenção: individual, em grupo, em comunidade (Green e Kreuter, 1991). Assume-se, como parte integrante da intervenção do enfermeiro com a pessoa transplantada hepática no planeamento para o regresso a casa, os métodos de comunicação e os baseados no treino, numa perspectiva da



intervenção individual, uma vez que na essência da educação para a sua saúde transparece a interrelação entre enfermeiro e pessoa, capacitando-a para o seu autocuidado e autonomia, de acordo com as suas necessidades individuais de aprendizagem.

Em contexto hospitalar, há a destacar o regresso a casa como um processo de planeamento de cuidados, que deverá ser iniciado no momento de admissão e, que permite antecipadamente a identificação e preparação das necessidades de cuidados de saúde da pessoa (Maramba, P.J.; Richards, S.; Larrabee, J., 2004). Na sua essência, o planeamento do regresso a casa envolve o levantamento das necessidades, o planeamento, a implementação e a avaliação dos cuidados à pessoa e família (Watts, R.j.; Pierson, J.; Garden H., 2005). Neste contexto, salientam-se os objectivos do planeamento do regresso a casa: “Atender ao completo bem-estar do doente; ser baseado em conhecimentos actualizados e abrangentes dos recursos disponíveis; resultar de decisões obtidas de comum acordo, relativamente às opções mais correctas, para garantir um acompanhamento continuado a longo prazo” (Bolander, V., 1998, p.491).

A experiência de um internamento constitui por si só um problema: “A separação do seu meio familiar, a doença, o medo da dor, do desconhecido, do futuro e da morte, fazem desta experiência uma crise que é preciso gerir” (Martins, J., 2003, p. 105). Portanto, é imprescindível o envolvimento da família neste processo, tornando-a proactiva nos cuidados educacionais para o regresso a casa.

Assim, este processo dinâmico do regresso a casa entrelaça-se nas definições dos factores predisponentes, capacitadores e de reforço de Green e Kreuter, na medida em que, a antecipação, o planeamento e a preparação dos cuidados deverá ser implementada, durante o internamento, em função das necessidades específicas de cada pessoa transplantada hepática e família para o período pós-alta no domicílio. É neste sentido, que o enfermeiro estabelece relações interpessoais, baseadas na valorização do saber da pessoa e das suas experiências de saúde, adaptando-se à situação específica dessa pessoa, isto é,

“o enfermeiro interpreta cada situação de cuidar, em função das possibilidades objectivas, que lhe permita tomar decisões de forma autónoma, e não como uma consequência produzida por factores exteriores. (...) Ao contextualizar os saberes abstractos em determinada situação, o enfermeiro torna-se o profissional mais apto para liderar o processo de cuidados, conduzindo ao reconhecimento pelo cliente de cuidados, valorizando a pessoa como centro do processo de cuidados, o que permite a utilização de um saber profissional em função da situação particular em que este surge” (Amendoeira, J.; 2006).



É de importante destaque a experiência da hospitalização/internamento para a cirurgia de transplante hepático, por ser um período de inevitável tensão, medo/esperança, dependência/independência e que por isso mesmo se torna propício ao desenvolvimento oportuno de actividades de educação para a saúde, tentando minimizar o impacto na pessoa e na família do problema de saúde, optimizando a experiência de cada pessoa num processo social, de dar e receber, para um progresso óptimo no regresso a casa (Chirstensen, J.; 1993). Na pessoa transplantada hepática são muito relevantes as actividades educativas na relação enfermeiro/pessoa, durante o internamento, visto que toda a sua realidade será diferente, desde as alterações físicas impostas pela cirurgia, alterações de hábitos de vida, até ao modo de interacção deste com o mundo que o rodeia, sendo que só a partir do momento em que o transplantado assimila a sua nova condição é que poderá realmente caminhar no sentido de obter uma melhor qualidade de vida (Pombo, D.; Guerreiro, M.; 2006).

A educação para a saúde direccionada à autonomia da pessoa e família após a alta, compreendendo e identificando as necessidades do mesmo e envolvendo-o nas decisões relacionadas com o planeamento do regresso a casa, mostra-se forte, positiva e consistentemente relacionada com a satisfação da pessoa – alvo dos cuidados (Maramba, P., *et al.*, 2004; Clark, P., *et al.*, 2005).



## **1.2 A Satisfação da Pessoa Sobre os Cuidados de Enfermagem Educacionais**

Educação para a saúde... Satisfação? Que relação existe entre estes dois conceitos? Por um lado, a educação para a saúde caminha no sentido da capacitação da pessoa e pressupõe uma educação para a vida, e “Actualmente, educação para a saúde não significa apenas alterações nos hábitos e comportamentos causadores de doenças, mas visa essencialmente a implicação das pessoas numa maior responsabilização pessoal nas opções relativas à saúde e ao bem-estar quer individual, quer colectivo, apoiando-se cada vez mais na promoção de atitudes positivas” (Rabiais, I., 2007). Por outro lado, a experiência prévia, as expectativas, a experiência e a percepção da pessoa que usufruiu dos cuidados de enfermagem durante o internamento hospitalar traduzem a satisfação da pessoa sobre os cuidados de enfermagem prestados, além de que “A participação dos doentes pode vir a contribuir para aumentar a aceitabilidade dos cuidados, potenciar o resultado das actividades de educação para a saúde e promover a adesão, aumentando a satisfação com os resultados obtidos” (Castanheira, J.; 1989).

Em cuidados de saúde, o conceito de satisfação é de difícil operacionalização, dada a sua subjectividade e multidimensionalidade. Várias são as definições de satisfação, mas é importante, aqui, salientar a satisfação como uma atitude assumida pela pessoa em consequência aos cuidados de enfermagem prestados. Esta atitude é resultante não só do conhecimento e informação que a pessoa tem do sistema de cuidados de saúde, a nível técnico-científico e organizacional, mas também, das suas expectativas, desejos e valores (Perpétuo, 1991).

É atribuído à satisfação um triplo papel: enquanto resultado dos cuidados, isto é, como aspecto de bem-estar; enquanto contributo para os cuidados, na medida em que gera uma atitude mais cooperante; enquanto juízo sobre os cuidados, isto porque reflecte a opinião do utente sobre as características do processo de que foi alvo (Donabedian, 1988).

Satisfação foi definida por Carr-Hill (1992) como um conceito complexo, relacionado com um certo número de factores, incluído estilo de vida, experiências passadas, expectativas futuras e valores, quer individuais quer sócio-etárias.

Para Mendes, S. (2000, p.16) satisfação é “(...) a avaliação ou sentimento que resulta do processo de confirmação de expectativas. Não é a comparação em si, ou seja, o processo de confirmação, mas a resposta do cliente a essa comparação”.



A satisfação representa, portanto, a avaliação final da qualidade dos cuidados prestados à pessoa durante o internamento, podendo ser referente às condições físicas e ambientais, aos aspectos técnicos, ao relacionamento inter-pessoal com os prestadores de cuidados e às consequências dos cuidados no âmbito bio-psico-social. Neste contexto, importa clarificar que a satisfação da pessoa, alvo dos cuidados, distingue-se por ser uma atitude, uma avaliação positiva ou afectiva das diversas dimensões em que se desdobra o processo de cuidar (Lopes, M.; 1999), isto porque “A Satisfação é uma atitude individual com um processo específico de formação, relativamente à qual influências de ordem pessoal e social, tais como as experiências anteriores dos utentes, condições sócio-demográficas ou expectativas, determinam a avaliação positiva ou negativa que é feita do encontro com o prestador” (Ib.p.33).

Tal como, Peter, J.; *et al* (2002), considera-se satisfação do utente como a sua avaliação subjectiva das reacções cognitivas e emocionais, como resultado entre as suas expectativas perante os cuidados de enfermagem ideais e as suas percepções dos cuidados de enfermagem ocorridos. O mesmo autor afirma ainda que muitos factores influenciam as expectativas das pessoas, antes e durante o internamento. Assim, os factores que influenciam as expectativas antes do internamento são do domínio sócio-demográfico, tais como: idade, género, educação, experiências de cuidados de saúde anteriores. No internamento, as expectativas são influenciadas por outros domínios: meio físico, comunicação e informação, participação e envolvimento, relações interpessoais entre enfermeiro-pessoa, competências técnicas do enfermeiro e a influência da organização dos cuidados de saúde. A pessoa realiza uma contínua e subjectiva avaliação destes domínios, que resulta na percepção da satisfação dos cuidados de enfermagem prestados.

Portanto, mais do que clarificar o conceito de satisfação, importa assumir o conceito de satisfação da pessoa que usufruiu dos cuidados de saúde, para além de que é essencial direccionar e especificar o caminho para a satisfação da pessoa sobre os cuidados de enfermagem prestados durante o internamento, cuidados estes no âmbito da educação para a saúde.

Torna-se, assim, claro que a satisfação da pessoa sobre os cuidados de enfermagem prestados constitui um indicador relevante para a caracterização da qualidade dos cuidados. O envolvimento do utente na avaliação da qualidade tem várias funções, segundo Vuori, H. (1988): a satisfação dos utentes é um resultado dos cuidados e, por conseguinte, um objectivo dos cuidados de saúde; a experiência dos utentes pode ser



usada não só como fonte de informação acerca do processo de cuidados, mas também como um feedback para o processo, acrescentando informação valiosa para a melhoria da prestação de cuidados de saúde.

Portanto, a satisfação é um componente do conceito da qualidade, pois não existe qualidade de cuidados se o utente não estiver satisfeito. O conceito de qualidade deverá pressupor um sistema de prestação de serviços tendo o utente como centro do sistema e elemento da primeira linha de atenção das entidades prestadoras de cuidados (Thibaudeau, 1994).

Considera-se, então, a satisfação do utente como indicador de qualidade, “na medida em que ela reflecte as opiniões dos utentes em relação às condições ou características tanto da estrutura como de processo ou mesmo de resultados dos cuidados a que foram sujeitos” (Sepúlveda, M.; 1998, p.38). É neste sentido, que os três componentes da percepção do utente sobre os cuidados de enfermagem: estrutura, processo e resultados (defendidas no estudo de Han, C.; Phyllis, C. e Darly, C.; 2003) são integradores dos indicadores que influenciam a satisfação da pessoa sobre os cuidados de enfermagem (Peter, J.; Maguns, O. e Bengt, F.; 2002).

A satisfação dos utentes sobre os cuidados de enfermagem constitui um indicador formalmente reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros como sendo uma das categorias de enunciados descritivos de qualidade dos cuidados de enfermagem. No processo de prestação de cuidados, são elementos importantes para a satisfação dos utentes:

- “O respeito pelas capacidades, pelas crenças, pelos valores e desejos da respectiva natureza individual;
- a procura constante da empatia nas interações;
- o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento de cuidados;
- o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados;
- o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacte negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência na saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p.52).

Muitos estudos têm sido desenvolvidos no âmbito da satisfação e muitos autores se referem à satisfação nas suas dimensões, que contemplam inúmeras variáveis de estrutura, de processo e de resultados. Salientam-se os estudos de Hall e Dorwan (1990), citados por Carr-Hill, que referem as seguintes dimensões da satisfação: humanização, informação, qualidade global, competência técnica, acesso/disponibilidade, custo, continuidade e os resultados (Carr-Hill, 1992, p.240). Em 1994, também Graça, L., discrimina as dimensões da satisfação:



acessibilidade/conveniência, disponibilidade de recursos, continuidade, integração e personalização dos cuidados, eficácia dos cuidados, custo, amenidades e humanização, recolha de informação por parte do utente, prestação de informação pelo profissional, percepção qualidade/competência em termos técnicos.

No entanto, restringindo à satisfação da pessoa sobre os cuidados de enfermagem prestados, a Ordem dos Enfermeiros (2005, p.52) enuncia duas dimensões: “*Experiência e Opinião*” e como elementos:

- “Comunicação/Relação (eficácia na comunicação, conhecimento do utente, interesse como pessoa, compaixão, escuta activa, empatia, disponibilidade, solicitude, autenticidade, proximidade, cordialidade, tranquilidade, optimismo, humor/distracção, vigilância/monitorização);
- Informação (disponibilidade, oportunidade, utilidade, segurança, clareza e adequação da linguagem, consentimento explícito e implícito);
- Amenidades/condições ambientais (acolhimento, ambiente humano, atmosfera agradável – luminosidade, ruído, temperatura);
- Controlo emocional (do enfermeiro);
- Segurança transmitida;
- Respeito pela vontade e individualidade do utente;
- Privacidade (proporcionada pelo enfermeiro);
- Trabalho de equipa multiprofissional (coerência de informação);
- Responsabilidade pela tomada de decisão;
- Competência no desempenho (percepção do utente);
- Confiança/segurança nos enfermeiros;
- Resposta às solicitações dos utentes (prontidão);
- Resolução de problemas (percepção de ajuda recebida);
- Atenção às necessidades (físicas/emocionais e espirituais);
- Oportunidades de participação nos cuidados (autocuidado);
- Envolvimento dos familiares/pessoa significativa);
- Apoio aos familiares/pessoa significativa
- Liberdade no serviço (proporcionada pelo enfermeiro);
- Enfermeiro de referência/responsável (percepção do utente);
- Qualidade na assistência dos cuidados de enfermagem prestados (percepção do utente)
- Continuidade dos cuidados” (Ib. p.52)

Pretende-se, assim, que a educação para a saúde constitua um veículo de autonomia e satisfação, uma vez que exige conhecimentos que implicam uma actualização constante em vários campos do saber. E, nesta perspectiva, a satisfação da pessoa sobre os cuidados de enfermagem prestados, na área da educação para a saúde, seja integradora de um raciocínio intelecto-profissional por parte do enfermeiro, recontextualizando as situações diárias de forma responsável a partir do seu corpo de saberes (qualificações/conhecimentos) e usando a sua autonomia para enfatizar o cuidar profissional em enfermagem, dando visibilidade à sua acção junto da pessoa e família (Alves, A; Sousa, L.; 2004).



## **2. METODOLOGIA**

A adopção dos procedimentos metodológicos para a construção do estudo de investigação requer a tomada de decisão para a eleição de determinadas estratégias, tendo em conta a problemática formulada e o quadro teórico definido.

Neste capítulo pretende-se descrever o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 1999, p.372). Assim, procurando construir um percurso coerente e lógico na operacionalização da investigação surge a necessidade de definir o método de pesquisa, numa constante atitude de ruptura e construção conceptual. É neste sentido que se desenvolvem os seguintes sub-capítulos: tipo de estudo, amostra, desenho metodológico, variáveis em estudo, caracterização do instrumento de colheita de dados e métodos estatísticos.

### **2.1 Tipo de Estudo**

No que diz respeito ao aprofundamento da pesquisa, este estudo encontra-se inserido num contexto de descoberta e tem carácter exploratório.

Trata-se de um estudo de tipo descritivo, pois descreve as características de uma população ou da amostra desta (Fortin, 1999, p.163). Nele, se descreve qual a satisfação da pessoa submetida a transplante hepático, sobre os cuidados de enfermagem prestados no âmbito da educação para a saúde, durante o internamento hospitalar, visando o regresso a casa.

Considera-se, também um estudo transversal, pois recolhe informação sobre os aspectos que, num determinado momento, enfocam o fenómeno em estudo (Fortin, 1999, p.170). Neste sentido, procuram-se obter resultados que façam transparecer a satisfação da pessoa, alvo dos cuidados.



Face ao problema e objectivos delineados optou-se pela realização de um estudo de abordagem de investigação mista, de complementaridade entre os paradigmas quantitativo e qualitativo, num movimento compatível com o método dedutivo-indutivo

## **2.2 Amostra**

A população alvo integra as pessoas submetidas a transplante hepático que frequentam a consulta externa de transplantação hepática do Hospital de Curry Cabral, única na Sub-Região de Saúde de Lisboa.

Recorreu-se a uma amostra não probabilística, não havendo meio de estimar a probabilidade de ser incluído na amostra (Burgess, 1997), cuja selecção dependeu das pessoas que recorreram à consulta externa de transplantação hepática do hospital anteriormente referido, no período compreendido entre o início de Janeiro de 2004 e o fim de Julho de 2006. Trata-se, portanto, de um método de amostragem por conveniência, em que, “os resultados e as conclusões só se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o universo” (Hill, M.; Hill, A.; 2002, p.49).

Para a constituição da amostra cumpriram-se determinados critérios de inclusão/exclusão, pelo que se considera uma amostra intencional, em que, os conhecimentos do investigador sobre a população e os seus elementos podem ser utilizados para seleccionar os casos a incluir na amostra (Polit e Hungler, 1985). Assim, foram definidos como critérios de inclusão/exclusão no estudo:

- 1) requisitos para a intervenção cirúrgica de transplante hepático;
- 2) a ocorrência de transplantação hepática com internamento hospitalar;
- 3) a pessoa não ser re-transplantada hepática;
- 4) a frequência da consulta externa hospitalar de pós-operatório de transplantação hepática no hospital de Curry Cabral;
- 5) o consentimento da pessoa para participar no estudo.



### 2.3 Desenho do Estudo

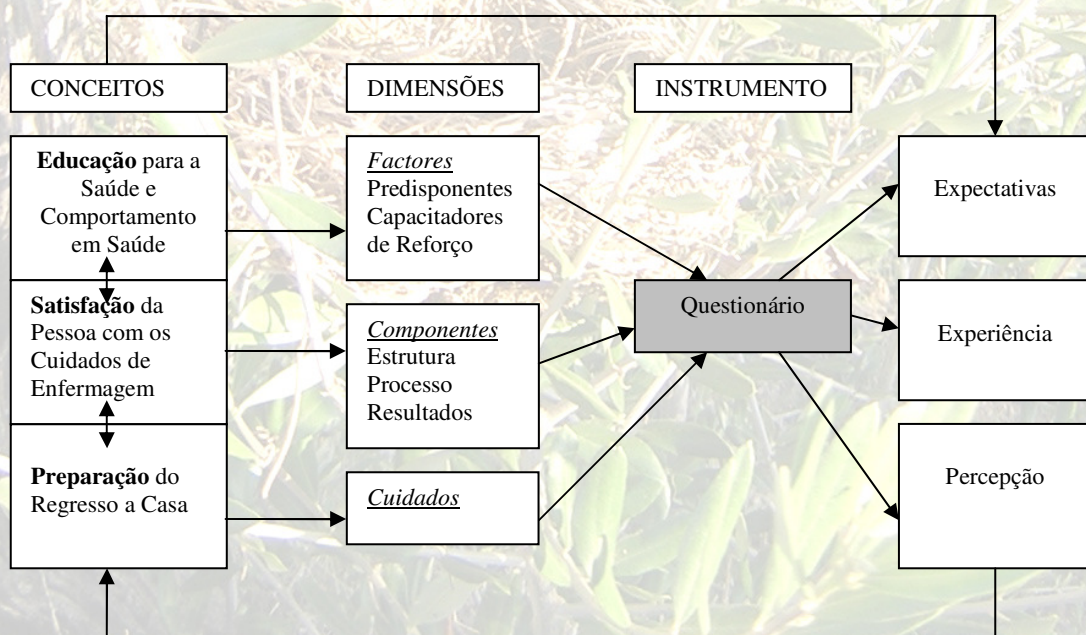
De um processo de ruptura e construção nascem estratégias: a necessidade de clarificar o desenho do estudo desenvolve-se para responder às questões que emergem da problemática a ser estudada e, “(...) tem por objectivo controlar as potenciais fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados” (Fortin, 1999, p.132).

Perante os conceitos centrais a este estudo de investigação - A educação para a saúde, a satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem e a preparação do regresso a casa - desenvolveu-se um movimento estratégico integrador para a sua operacionalização.

É nesta linha de desenvolvimento do modelo de análise, que se realça o doente enquanto pessoa enquadrada no contexto hospitalar, pela manifestação das suas expectativas, experiência e percepção. Foi, neste sentido, que se optou pela construção de um instrumento de colheita de dados do tipo inquérito por questionário, o qual permite colocar “uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou problema” (Quivy & Campenhoudt, 1992, p.190).

De forma a tornar visível o modelo de análise deste estudo, apresenta-se na Figura 1 a sua representação gráfica.

Figura 1 - Representação gráfica do Modelo de Análise





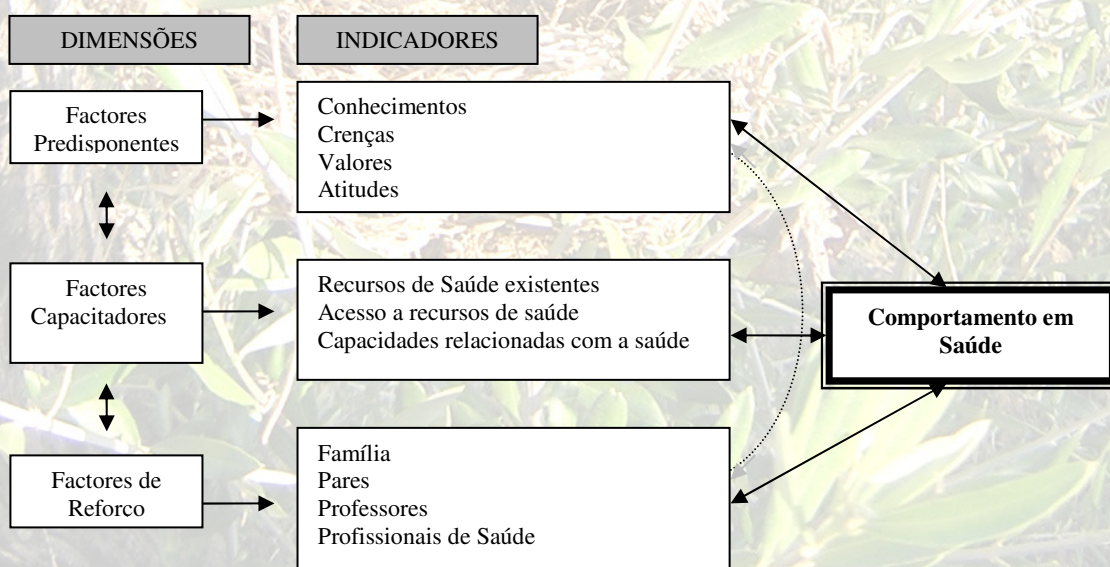
O modelo de análise deste estudo centra-se na satisfação da pessoa com os cuidados educativos para o regresso a casa, com inspiração no Desenho Metodológico do estudo de Madeira, A. Spínola (2004), no modelo Precede-Proceed (Green et Kreuter, 1991), taxonomia da percepção dos pacientes da qualidade dos cuidados (Han, C.; Phyllis, C. e Daryl, C.; 2003) e Diagrama da satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem (Peter, J.; Magnus, O. e Bengt, F.; 2002).

### 2.3.1 Indicadores

Tornou-se importante designar os indicadores e componentes das dimensões dos três conceitos integradores do movimento estratégico deste estudo, tendo em vista a construção do instrumento de colheita de dados, pelo que “é então necessário precisar os indicadores que permitirão registar os dados indispensáveis para confrontar o modelo com a realidade” (Quivy & Campenhoudt, 1992, p.259).

Assim, considerando o enfermeiro como educador para a saúde, que intervém de forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde da pessoa, dever-se-á ter em consideração os factores que contribuem para o comportamento em saúde, de acordo com Green e Kreuter (1991). Apresenta-se um quadro (Figura 2), que relaciona os componentes e indicadores no comportamento em saúde, permitindo identificar variáveis a integrar no questionário.

Figura 2 – Dimensões e indicadores que contribuem para o comportamento em saúde\*



Legenda: Traço contínuo: influência directa;  
Tracejado: influência secundária.

\* Adaptado do modelo Precede-Proceed (Green et Keuter, 1991)



Na mesma linha de construção, há que clarificar os componentes e indicadores que se consideram estruturadores da satisfação da pessoa face aos cuidados educacionais recebidos (Figura 3). A Taxonomia da Percepção dos Pacientes sobre os Cuidados de Enfermagem (Han, C.; Phyllis, C. e Daryl, C.; 2003), propõe três *Componentes*: Estrutura – reflecte indicadores externos à intervenção do enfermeiro; Processo – descreve a interacção enfermeiro-pessoa; e Resultados – percepção por parte da pessoa das consequências do componente estrutural e do processo dos cuidados de enfermagem.

Figura 3 – Componentes e Indicadores da satisfação da pessoa face aos cuidados educacionais de enfermagem\*



\* Adaptado da Taxonomia da Percepção dos Pacientes da Qualidade dos Cuidados (Han, C.; Phyllis, C. e Daryl, C.; 2003) e do Diagrama da Satisfação do Paciente com os Cuidados de Enfermagem (Peter, J.; Magnus, O. e Bengt, F.; 2002)

Estes aspectos entrelaçam-se nos indicadores que influenciam a Satisfação da Pessoa com os Cuidados de Enfermagem, segundo Peter, J.; Magnus, O. e Bengt, F.(2002). Assim, os indicadores que influenciam as expectativas antes dos cuidados são os de natureza sócio-demográfica e as experiências prévias de cuidados recebidos. Na experiência hospitalar reflecte-se a comunicação/(in)formação, participação e envolvimento e relação interpessoal; aspectos estes que o enfermeiro, enquanto educador, pode influenciar. Há a referir que, saíam fora do âmbito deste estudo (face aos objectivos do mesmo), outros indicadores também influenciadores das expectativas das pessoas em relação aos cuidados prestados: competência técnica, meio físico e organização dos cuidados de saúde (Peter, J.; Magnus, O. e Bengt, F.; 2002).



### **2.3.2 Caracterização do Instrumento de Colheita de Dados**

Tendo em conta a metodologia e o processo de investigação construído, é chegado o momento de escolher o instrumento de colheita de dados. Neste estudo optou-se pelo questionário, baseado na escala “As suas Opiniões sobre os Cuidados de Enfermagem”- (1999) versão Portuguesa Centro de Estudos e Investigação em Saúde (in Faria, A.; 2006), adaptada e validada à população Portuguesa a partir da escala original de Bond, S.; Thomas, L. *et al* (1995) “The Newcastle Satisfaction With Nursing Scale” – (1988) Centre for Health Services Research, University of Newcastle Upon Tyne, United Kingdom.

Importa salientar que se optou por construir um questionário misto, constituído por questões abertas e fechadas. Nas questões de resposta fechada utilizaram-se escalas tipo likert, o que “consiste em pedir aos sujeitos que indiquem se estão mais ou menos de acordo ou em desacordo relativamente a um certo número de enunciados” (Fortin, 1999, p.257).

O instrumento de colheita de dados foi desenvolvido tendo em conta os objectivos do estudo e resulta de toda a construção metodológica a ele inerente.

O questionário era precedido de uma breve introdução com a apresentação do estudo - onde foi explicada a temática do estudo, o seu objectivo e identidade do investigador, sendo seguido de uma declaração de consentimento de participação. Neste sentido, procurou-se, no decorrer da investigação, respeitar o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal.

O questionário (anexo I) está organizado em quatro partes. A primeira parte – “perguntas sobre si próprio”, destina-se à colheita das características sócio-demográficas e dados sobre a saúde, factores estes que podem influenciar as expectativas antes do internamento. É composta por questões abertas, de resposta rápida, e por questões fechadas: uma das quais com uma escala tipo likert, com numeração de quatro itens correspondendo o primeiro ao “nunca/quase nunca e o último ao “quase sempre/sempre”, optando-se assim, por um formato dicotomizado, impulsionando os inquiridos a tomar uma posição inequivocamente positiva ou negativa perante a questão (Santos, M.; 1993).



A segunda parte refere-se à experiência do inquirido com os cuidados de enfermagem durante o internamento da cirurgia. A resposta é dada numa escala tipo likert com numeração de sete itens, correspondendo o primeiro ao “discordo plenamente” e o último ao “concordo plenamente”. A terceira parte diz respeito à opinião do inquirido sobre os cuidados de enfermagem prestados, na área da educação para a saúde, avaliada em escala tipo likert com numeração de cinco itens, entre o “nada satisfeito” ao “muitíssimo satisfeito”.

Há a sublinhar que na segunda e terceira parte do questionário, algumas das afirmações constituem um excerto da escala “As suas Opiniões sobre os Cuidados de Enfermagem” - versão Portuguesa dos Centros de Estudos e Investigação em Saúde (1999; in: Faria, A. 2006).

Na quarta e última parte, pretende-se analisar a percepção do inquirido relativamente aos cuidados prestados, face ao regresso a casa, constituindo-se dimensões de acordo com os factores que contribuem para o comportamento em saúde: predisponentes (ex: o que me foi ensinado pela equipa de enfermagem, durante o internamento, foi ao encontro das minhas necessidades e expectativas?), capacitadores (ex: quais as duas informações mais úteis transmitidas no internamento, para satisfazer as minhas necessidades em casa?), e de reforço (ex: quais foram os recursos com que esclareci as minhas dúvidas?). Algumas questões são abertas, dando espaço ao inquirido para fazer os comentários que acha mais correctos. Também, existe uma questão de escolha múltipla, com seis respostas possíveis e uma questão com escala tipo likert com numeração de quatro itens, correspondendo o primeiro ao “muito mau/mau” e o último ao “bom/muito bom”.

### **2.3.2.1 Variáveis em Estudo**

A selecção das variáveis em estudo, constitui uma fase meticulosa dada a restrição e precisão do campo de análise, isto porque na pesquisa científica, os conceitos passam a ser variáveis (Polit e Hungler, 1985). Portanto, variável é uma única característica da população alvo (Nichols, P., 1991).

Importa, assim, referir que a variável dependente é a característica ou resultado que se quer compreender, explicar, prever ou influenciar (Polit e Hungler, 1985). Neste estudo a variável dependente é a satisfação da pessoa transplantada hepática, sobre os cuidados do enfermeiro enquanto educador, no regresso a casa.



Variável independente é a causa, antecedente ou influência presumível em relação à variável dependente (Polit e Hungler, 1985). Como variáveis independentes, consideram-se:

- Características sócio-demográficas – idade, sexo, grau de escolaridade, situação perante o trabalho, estado civil, agregado familiar e cuidador;
- Antecedentes pessoais – doenças crónicas, medicação crónica, frequência da medicação, consumo de álcool e internamentos anteriores;
- Experiência e opinião com os cuidados de enfermagem – comunicação/(in)formação, relação interpessoal, participação e envolvimento;
- Preparação do regresso a casa – percepção dos cuidados face ao regresso a casa.

Descreve-se, seguidamente, a definição e operacionalização destas variáveis, fazendo posteriormente a sua divisão dicotómica.



Quadro nº1 – Características Sócio-Demográficas

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	VARIÁVEL	DEFINIÇÃO/OPERACIONALIZAÇÃO
	Idade	Entende-se como idade: o tempo decorrido desde o nascimento da pessoa até à data de aplicação do questionário. Consideram-se os seguintes grupos etários: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\leq 24</math> (1)</li> <li>• 25-44 (2)</li> <li>• 45-64 (3)</li> <li>• <math>\geq 65</math> (4)</li> </ul>
	Sexo	Género: considera-se masculino (1) e feminino (2)
	Grau de Escolaridade	Entende-se como grau de escolaridade: o último ano de escolaridade completo. Consideram-se os seguintes grupos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabe apenas ler e escrever (1)</li> <li>• 1º Ciclo (2)</li> <li>• 2º e 3º Ciclo (3)</li> <li>• Ensino Secundário (4)</li> <li>• Ensino superior (5)</li> </ul> <i>Para a análise bivariada, operacionalizou-se da seguinte forma:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo inferior à escolaridade obrigatória actual (I.O): (1)+(2)+(3)</li> <li>• Grupo superior à escolaridade obrigatória actual (S.O): (4)+(5)</li> </ul>
	Situação perante o trabalho	Admite-se como resposta os seguintes grupos (de acordo com o INE): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhadores activos (1)</li> <li>• Desempregados (2)</li> <li>• Reformados (3)</li> <li>• Estudantes (4)</li> <li>• Donas de Casa (5)</li> <li>• Grandes deficientes físico ou mental (6)</li> </ul> <i>Para a análise bivariada, operacionalizou-se da seguinte forma:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activo profissionalmente: (1)</li> <li>• Não Activo profissionalmente: (2)+(3)+(4)+(5)+(6)</li> </ul>
	Estado Civil	Entende-se como estado civil, a situação da pessoa em relação ao matrimónio. Consideram-se os seguintes grupos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solteiro (1)</li> <li>• Casado ou união de facto (2)</li> <li>• Separado ou Divorciado (3)</li> <li>• Viúvo (4)</li> </ul>
	Agregado Familiar	Entende-se agregado familiar o número de pessoas que coabitam com o inquirido, no momento da aplicação do questionário. <i>Para a análise bivariada, operacionalizou-se da seguinte forma:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozinho (1)</li> <li>• Acompanhado (2)</li> </ul>
	Cuidador	Entende-se como cuidador aquele que ajuda a pessoa nos seus cuidados. <i>Para a análise bivariada, operacionalizou-se da seguinte forma:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistente (1)</li> <li>• Existente (2)</li> </ul>



Quadro nº 2 – Domínio Saúde

	VARIÁVEL	DEFINIÇÃO/OPERACIONALIZAÇÃO
DOMÍNIO SAÚDE	Doenças Crónicas	Entende-se como doenças crónicas, todas as patologias presentes com mais de 6 meses, antes da cirurgia em questão. Consideram-se os seguintes grupos, de acordo com CID 10: <ul style="list-style-type: none"> <li>• II – Neoplasias (1)</li> <li>• IV – Doenças Endócrinas, nutricionais e metabólicas (ex.PAF) (2)</li> <li>• IX – Doenças aparelho circulatório (3)</li> <li>• XI – Doenças aparelho digestivo (4)</li> <li>• Outras (5)</li> </ul>
	Medicação Crónica	Entende-se por medicação crónica saber se a pessoa tomava medicamentos regularmente, por um período superior a 6 meses, antes da cirurgia em questão. <i>Para a análise bivariada, operacionalizou-se da seguinte forma:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não (1); • Sim (2)</li> </ul>
	Frequência da Medicação	Entende-se por frequência da medicação, a administração da medicação, antes da cirurgia em questão. <i>Para a análise bivariada, operacionalizou-se da seguinte forma:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com horas certas (1) ; • Sem horas certas (2)</li> </ul>
	Consumo de álcool	Entende-se como consumo de álcool, a ingestão diária de bebidas alcoólicas, antes da cirurgia em questão. <i>Para a análise bivariada, operacionalizou-se da seguinte forma:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não (1); • Sim (2)</li> </ul>
	Bebidas Alcoólicas	Entende-se como bebidas alcoólicas, a especificação da bebida alcoólica ingerida diariamente. Consideram-se os seguintes grupos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinho (1)</li> <li>• Cerveja (2)</li> <li>• Outra (3)</li> </ul> <i>Para a análise bivariada, operacionalizou-se da seguinte forma:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bebidas fermentadas (1)+(2)</li> <li>• Bebidas Destiladas (3)</li> </ul>
	Re-transplante hepático	Entende-se como re-transplantado, a pessoa que foi submetida a dois ou mais transplantes hepáticos. <i>Para a análise bivariada, operacionalizou-se da seguinte forma:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não (1); • Sim (2)</li> </ul>
	Dias de Internamento	Entende-se como número de dias de internamento, os dias em que a pessoa esteve internado quando foi submetida ao transplante hepático. Consideram-se os seguintes grupos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 – 30 dias</li> <li>• 31 – 50 dias</li> <li>• 51 – 70 dias</li> <li>• ≥ 71 dias</li> </ul>
	Internamentos Anteriores	Entende-se como internamentos anteriores, qualquer outro internamento hospitalar a que a pessoa esteve sujeita, antes da cirurgia em questão. <i>Para a análise bivariada, operacionalizou-se da seguinte forma:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não (1); • Sim (2)</li> </ul>
	Influência dos Internamentos Anteriores	Se os internamentos anteriores influenciaram ou não a recepção da informação da pessoa no internamento da cirurgia em questão. Consideram-se os seguintes grupos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca/Quase Nunca (1)</li> <li>• Pouco (2)</li> <li>• Bastante (3)</li> <li>• Sempre/Quase Sempre (4)</li> </ul> <i>Para a análise bivariada, operacionalizou-se da seguinte forma:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Influência Pouco (1)+(2)</li> <li>• Influência Bastante (3)+(4)</li> </ul>



**Quadro nº 3 – Experiência com os cuidados de Enfermagem**

	VARIÁVEL	DIMENSÕES	OPERACIONALIZAÇÃO
<b>EXPERIÊNCIA COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>	Informação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não informação sobre o tratamento</li> <li>• Informações só quando precisava</li> <li>• Verificar a compreensão da informação</li> </ul>	Consideram-se os seguintes grupos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discordo Plenamente (1)</li> <li>• Discordo Muito (2)</li> <li>• Discordo Pouco (3)</li> <li>• Nem Concordo/Nem Discordo (4)</li> <li>• Concordo Pouco (5)</li> <li>• Concordo Muito (6)</li> <li>• Concordo Plenamente (7)</li> </ul> <i>Para a análise, operacionalizou-se da seguinte forma:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Discordo (1)+(2)+(3)</i></li> <li>• <i>Concordo (5)+(6)</i></li> <li>• <i>Nem concordo/nem discordo (4)</i></li> </ul>
	Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer, sem estar preparado/a</li> <li>• Explicação do problema</li> <li>• Explicação Prévia</li> <li>• Linguagem acessível</li> </ul>	
	Relação Interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo para mim</li> <li>• Pessoal de enfermagem como amigos</li> <li>• Sem interesse por mim, como pessoa</li> <li>• Assegurar a privacidade</li> </ul>	
	Participação e Envolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo para o diálogo</li> <li>• Opinião nos cuidados</li> </ul>	

**Quadro nº 4 – Percepção sobre os Cuidados de Enfermagem**

	VARIÁVEL	DIMENSÕES	OPERACIONALIZAÇÃO
<b>PERCEPÇÃO SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>	Informação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação sobre o seu estado e tratamento</li> <li>• Explicação</li> <li>• Ensinaamentos para a sua saúde</li> </ul>	Consideram-se os seguintes grupos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Nada Satisfeito (1)</i></li> <li>• <i>Pouco Satisfeito (2)</i></li> <li>• <i>Bastante Satisfeito (3)</i></li> <li>• <i>Muito Satisfeito (4)</i></li> <li>• <i>Muitíssimo Satisfeito (5)</i></li> </ul> <i>Para a análise bivariada, operacionalizou-se da seguinte forma:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Insatisfeito (1)+(2)</i></li> <li>• <i>Satisfeito (3)+(4)+(5)</i></li> </ul>
	Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo passado consigo</li> <li>• Responder aos seus pedidos</li> <li>• Tranquilizou os seus parentes e amigos</li> <li>• Ajuda dada</li> </ul>	
	Relação Interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentir-se em casa</li> <li>• Tratou como um indivíduo</li> <li>• Ouviu os seus medos e preocupações</li> <li>• Privacidade</li> </ul>	
	Participação e Envolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciência das minhas necessidades</li> <li>• Preparação para o regresso a casa</li> </ul>	



Quadro nº 5 – Preparação do Regresso a Casa

	VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO
PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecido no Domicílio</li> </ul>	<p>Entende-se como esclarecido no domicílio, o sentimento de estar esclarecido na primeira semana no domicílio, após ter alta hospitalar.</p> <p><i>Para a análise bivariada, operacionalizou-se da seguinte forma:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não (1)</li> <li>• Sim (2)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso/s para esclarecer as dúvidas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Panfleto de alta</li> <li>• Contacto telefónico</li> <li>• Consulta de Enfermagem</li> <li>• Consulta Médica</li> <li>• Familiar/Amigo</li> </ul> </li> </ul>	<p><i>Para a análise bivariada, operacionalizou-se da seguinte forma:</i></p> <p>(1) O panfleto da alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não (1)</li> <li>• Sim (2)</li> </ul> <p>(2) Contacto telefónico para o serviço</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não (1)</li> <li>• Sim (2)</li> </ul> <p>(3) A consulta de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não (1)</li> <li>• Sim (2)</li> </ul> <p>(4) A consulta médica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não (1)</li> <li>• Sim (2)</li> </ul> <p>(5) O meu familiar/amigo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não (1)</li> <li>• Sim (2)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consegui esclarecer as dúvidas</li> </ul>	<p><i>Para a análise bivariada, operacionalizou-se da seguinte forma:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não (1)</li> <li>• Sim (2)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opinião sobre os cuidados de enfermagem para o regresso a casa</li> </ul>	<p>Consideram-se os seguintes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Muito Mau/Mau</i> (1)</li> <li>• <i>Fraco</i> (2)</li> <li>• <i>Razoável</i> (3)</li> <li>• <i>Muito Bom/Bom</i> (4)</li> </ul> <p><i>Para a análise bivariada, operacionalizou-se da seguinte forma:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mau</i> (1)+(2)</li> <li>• <i>Bom</i> (3)+(4)</li> </ul>

### 2.3.2.2 Pré-teste

Primeiramente, procedeu-se a um pedido formal de autorização para realização da investigação ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do Hospital de Curry Cabral (Anexo 2).

Seguidamente à primeira redacção do questionário, foi indispensável assegurar a sua adequação e precisão, mediante a realização do pré-teste. Este permitiu avaliar a eficácia e a pertinência do questionário e averiguar se as condições se verificaram: a terminologia utilizada é de fácil compreensão e desprovida de equívocos, a forma das questões permite colher as informações desejadas, a dimensão do questionário não é



muito grande, não provoca desinteresse ou irritação e as questões não apresentam ambiguidade (Fortin, 1999).

Foi aplicado o pré-teste a 10 casos com as mesmas características da amostra e que foi suficiente para testar a clareza e objectividade das questões (Ghigkione & Matalon, 2001). Os questionários foram, posteriormente, tratados e analisados, não se verificando a necessidade da sua reformulação.

### **2.3.2.3 Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados**

Após a aplicação do pré-teste procedeu-se à aplicação do instrumento de colheita de dados.

Procedeu-se previamente à selecção dos casos mediante os critérios estabelecidos e, no dia da consulta, o questionário era entregue sendo o seu preenchimento realizado no tempo de espera para a consulta médica. Há a referir que os esclarecimentos considerados necessários eram disponibilizados por escrito e que se garantiu o respeito pela confidencialidade dos dados e pelo anonimato.

## **2.4 Métodos Estatísticos**

Os dados obtidos neste estudo foram tratados e analisados com recurso aos seguintes programas informáticos, nomeadamente: Microsoft Word Office XP Professional© - processador de texto; EpiInfo® versão 3.3.2 (software estatístico para profissionais da saúde pública, do domínio público, 2004) e Microsoft Excel Office XP Professional © - elaboração da base de dados e tratamento estatístico, disponíveis e licenciados para a Faculdade de Ciências Médicas.

De forma a caracterizar a especificidade do domínio sócio-demográfico e saúde, a experiência, a opinião com os cuidados de enfermagem e a preparação do regresso a casa, os dados quantitativos foram sujeitos a um processo de redução estatística, de âmbito descritivo.

Os dados das variáveis qualitativas nominais foram agrupados em classes e realizada respectiva análise de frequências, enquanto que às variáveis quantitativas discretas foi



realizada análise descritiva, com cálculo das medidas de localização e tendência central (média, moda, mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão) consideradas necessárias.

Não foram exploradas as medidas de assimetria e achatamento, na medida em que amostras com mais de 30 indivíduos são consideradas amostras com distribuição normal (Pestana e Gageiro, 2000).

As variáveis quantitativas discretas foram, numa fase posterior, agrupadas em classes para permitir a realização da análise bivariada. Procedeu-se à descrição dos dados sob a forma de frequências e percentagens e para testar a associação entre as variáveis foi utilizado o teste não paramétrico Mann-Whitney para duas amostras não relacionadas e o teste Kruskal-Wallis para três ou mais amostras não relacionadas, dado não se verificarem as condições de normalidade nas distribuições estudadas. Para todos os testes foi estabelecido o nível de significância de 5% (0,05)



### 3. RESULTADOS

Resultante da opção pelo tipo de recolha de informação que se desenvolveu, sustentada no movimento metodológico efectuado, orientam-se os eixos organizadores numa lógica do global para o particular – das **expectativas** antes do internamento, à **experiência** durante o internamento, à **percepção** dos cuidados face ao regresso a casa; culminando na **satisfação** da pessoa. Nesta lógica, das estratégias de pesquisa nascem um conjunto de dados, que necessitam ser processados, organizados e analisados.

É claro, então, que o método de análise deverá ser congruente face aos objectivos e ao desenho do estudo, permitindo descrever e verificar relações entre as variáveis ou comparar grupos (Fortin, 1999). A organização dos dados permitirá proceder ao apuramento homogéneo das respostas de todas as perguntas, de forma a ser possível tratá-las e verificar a existência de relações entre elas (Ghiglione e Matalon, 1993).

Neste capítulo, proceder-se-á ao tratamento e análise dos dados segundo os paradigmas quantitativo e qualitativo.

#### Descrição da Amostra

A composição da amostra estudada resultou da estratificação dos doentes (Quadro1) que apresentavam critérios para serem estudados, referente ao período compreendido entre 01/01/2004 e 30/07/2006 do internamento hospitalar para transplantação hepática.

Quadro 6 - População Total estratificada por Ano

	Mortalidade	Re-transplante	População Alvo	Total
Ano 2004	18	14	52	84
Ano 2005	16	14	53	83
Até 07/2006	7	5	36	48
Total	41	33	141	215



Há a referir que do total de 78 pessoas inquiridos, três foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão no estudo. Destes, dois eram pessoas re-transplantadas e um não respondeu a mais de 70% do questionário e não assinou o consentimento para participar no estudo. Portanto, entre as pessoas que aceitaram colaborar no estudo, que não apresentaram nenhum critério de exclusão e que responderam correctamente ao questionário, totalizaram uma amostra de 75 inquiridos.

Importa salientar que os 10 casos do pré-teste integram a amostra do estudo, uma vez que não houve alteração no conteúdo das perguntas, sendo os casos considerados válidos a analisar. A aplicação do questionário demorou cerca de quinze minutos.

Todas as perguntas foram objecto de análise, tendo-se optado por apresentar os resultados em quadros.

### **3.1 Dados quantitativos**

#### **3.1.1 Caracterização Sócio-Demográfica**

Foram analisados (Quadro nº 7) os dados de 75 pessoas transplantadas hepáticas, 54 (72%) do sexo masculino e 21 (28%) do sexo feminino. Relativamente à idade, observou-se maior percentagem de pessoas na faixa etária dos 45 aos 64 anos, 48%, sendo que os valores extremos para a idade foram de 22 e 70 anos. A média de idades foi de 45,6 anos e o desvio padrão de 12,7 anos. Mais de metade, 65%, das pessoas pertenciam aos grupos com menor nível de escolaridade. Quanto à situação perante o trabalho, a maioria eram trabalhadores activos (72%) e reformados (20%). No que se refere ao estado civil, 72% eram pessoas casadas, ou com união de facto, e 19% solteiros. Relativamente ao agregado familiar “acompanhado” e à existência de cuidador, os resultados atingiram percentagens muito próximas, 84% e 88%, respectivamente.



Quadro nº 7 – Características Sócio-Demográficas das pessoas inquiridas

	n = 75	%	% Acumulada
<b>Sexo</b>			
Masculino	54	72,0	
Feminino	21	28,0	
<b>Grupo Etário</b>			
≤ 24 anos	1	1,3	1,3
25 a 44 anos	31	41,3	42,7
45 a 64 anos	36	48,0	90,7
≥ 65 anos	7	9,3	100,0
<b>Grau de Escolaridade</b>			
Sabe apenas ler e escrever	1	1,4	1,4
1º Ciclo	29	40,3	41,7
2º e 3º Ciclo	17	23,6	65,3
Ensino Secundário	11	15,3	80,6
Ensino Superior	14	19,4	100,0
Sem informação	3	4,0	
<b>Situação perante o Trabalho</b>			
Trabalhadores activos	54	72,0	72,0
Desempregados	1	1,3	73,3
Reformados	15	20,0	93,3
Donas de Casa	5	6,7	100,0
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro	14	18,7	18,7
Casado ou união de facto	54	72,0	90,7
Separado ou Divorciado	6	8,0	98,7
Viúvo	1	1,3	100,0
<b>Agregado Familiar</b>			
Sozinho	12	16,0	
Acompanhado	63	84,0	
<b>Cuidador</b>			
Inexistente	9	12,0	
Existente	66	88,0	

### 3.1.2 Domínio Saúde

No que se refere ao domínio saúde das pessoas inquiridas (Quadro nº 8), nomeadamente às doenças crónicas antes da transplantação hepática, constata-se que a maior percentagem, 39%, pertencia ao grupo dos Distúrbios Metabólicos, onde se incluem patologias como a Fibrose Cística e a Polineuropatia Amiloidótica Familiar, destacando-se também os grupos da Hepatite Viral e da Cirrose Hepática, com 20% dos casos cada.

Quanto à necessidade de medicação crónica antes da cirurgia, a maioria (46) das pessoas inquiridas, isto é, 61%, respondeu afirmativamente. Destas, 32 pessoas referiram que a frequência dessa medicação era com horas certas. No que se refere ao



consumo diário de bebidas alcoólicas antes da cirurgia, apenas 18 (24%) dos inquiridos respondeu afirmativamente, sendo que destes, 15 assinalaram as bebidas fermentadas. Pode constatar-se que 63 (84%) pessoas inquiridas estiveram internadas para serem submetidas a transplante hepático num período temporal entre 10 a 30 dias de internamento, sendo a média do tempo de internamento foi de 26,4 dias, o desvio padrão de 21,5 e 20,0 a mediana. Antes da intervenção cirúrgica, 56 (76%) inquiridos afirmaram ter tido outros internamentos hospitalares, e a sua maioria 30 (58%) referiram que ter sido internados anteriormente teve influência na forma como receberam as informações no internamento do transplante hepático.

Quadro nº 8 – Domínio Saúde das pessoas inquiridas

	n	%	% Acumulada
<b>Doenças Crónicas</b>			
Distúrbios Metabólicos (E70 – E90)*	27	38,6	38,6
Hepatite Viral (B15 – B19)*	14	20,0	58,6
Cirrose Hepática (K74)*	14	20,0	78,6
Diabetes Mellitus (E10 – E14)*	4	5,7	84,3
Hipertensão Essencial (I10 – I15)*	3	4,3	88,6
Neoplasia Maligna do fígado (C22)*	2	2,9	91,4
Lúpus (L93)*	2	2,9	94,3
Outras	4	5,7	100,0
Sem informação	13	18,6	
<b>Medicação Crónica</b>			
Não	29	38,7	38,7
Sim	46	61,3	100,0
<b>Frequência da Medicação</b>			
Com horas certas	32	80,0	80,0
Sem horas certas	8	20,0	100,0
Sem informação	6	8,0	
<b>Consumo de álcool</b>			
Não	57	76,0	76,0
Sim	18	24,0	100,0
<b>Bebidas Alcoólicas</b>			
Bebidas fermentadas	15	83,4	83,4
Bebidas destiladas	3	16,7	100,0
<b>Dias de internamento</b>			
10 – 30 dias	63	84,0	84,0
31 – 50 dias	7	9,3	93,3
51 – 70 dias	3	4,0	97,3
≥ 71 dias	2	2,7	100,0
<b>Internamentos anteriores</b>			
Não	18	24,3	24,3
Sim	56	75,7	100,0
Sem informação	1	1,3	
<b>Influência dos internamentos anteriores</b>			
Sempre/Quase Sempre	9	17,3	17,3
Bastante	21	40,4	57,7
Pouco	11	21,2	78,9
Nunca/Quase Nunca	11	21,2	100,0
Sem informação	4	5,3	

(\* Codificação de acordo com a CID10 - Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde (1993))



### 3.1.3 Experiência com os Cuidados de Enfermagem

Analisa-se, agora, a resposta das pessoas transplantadas hepáticas considerando a sua experiência com os cuidados de enfermagem, durante o internamento da intervenção cirúrgica do transplante hepático.

A fim de clarificar as dimensões estruturadoras de cada variável pelas diferentes modalidades de resposta, de acordo com a escala adoptada, que se constitui em sete itens, correspondendo o primeiro ao “Discordo plenamente” e o último ao “Concordo plenamente”, foram operacionalizadas em três modalidades: “Discordo”, “Concordo” e “Nem concordo/nem discordo”. Analisaram-se as estatísticas descritivas pelas dimensões de cada variável, para a totalidade da amostra estudada (n=75).

Relativamente à variável – Informação (Quadro nº 9), destacam-se as dimensões “Não informação sobre o tratamento” e “Informações só quando precisava” com os percentuais mais elevados na opção de resposta “Discordo”, 77 % e 68%, respectivamente, ou seja estes comportamentos não se verificaram. Enquanto que “Verificar a compreensão da informação” foi em 91% uma opção de concordância. Parece, pois evidenciar-se uma experiência concordante e positiva em relação à informação sobre o seu tratamento, às informações quando necessitava e à verificação da compreensão da mesma.

Quadro nº 9 - Proporção por grau de concordância acerca de Informação

	Discordo			Concordo			Nem Concordo/Nem Discordo		
	n=75	%	IC95%	n=75	%	IC95%	n=75	%	IC95%
Não Informação sobre o tratamento	58	77,3	(66,2 ; 86,2)	8	10,7	(4,7 ; 19,9)	9	12,0	(5,6 ; 21,6)
Informações só quando precisava	51	68,0	(56,2 ; 78,3)	14	18,7	(10,6 ; 29,3)	10	13,3	(6,6 ; 23,2)
Verificar a compreensão da informação	2	2,7	(0,3 ; 9,3)	68	90,7	(81,7 ; 96,2)	5	6,7	(2,2 ; 14,9)

Quanto à variável - Comunicação (Quadro nº 10), observou-se que 59 (81%) pessoas transplantadas discordaram do “Fazer, sem estar preparado” (portanto, discordaram da sua ocorrência), enquanto que nas restantes três dimensões: “Explicação do problema”, “Explicação prévia” e “Linguagem acessível”, a opção de resposta direccionou-se para a modalidade “Concordo”, 81%, 89% e 92%, respectivamente.



Parece surgir uma experiência concordante e positiva face ao fazer com preparação anterior, explicação do seu problema e a utilização de linguagem acessível.

Quadro nº 10 - Proporção por grau de concordância acerca de Comunicação

	n total	Discordo			Concordo			Nem Concordo/Nem Discordo		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Fazer, sem estar preparado	73	59	80,8	(69,9 ; 89,1)	8	11,0	(4,9 ; 20,5)	6	8,2	(3,1 ; 17,0)
Explicação do problema	74	5	6,8	(2,2 ; 15,1)	60	81,1	(70,3 ; 89,3)	9	12,2	(5,7 ; 21,8)
Explicação prévia	75	7	9,3	(3,8 ; 18,3)	67	89,3	(80,1 ; 95,3)	1	1,3	(0,0 ; 7,2)
Linguagem acessível	75	1	1,3	(0,0 ; 7,2)	69	92,0	(83,4 ; 97,0)	5	6,7	(2,2 ; 14,9)

Relativamente à variável – Relação interpessoal (Quadro nº 11), verificou-se que 84% concordaram com a existência de tempo disponibilizado à sua pessoa, por parte dos enfermeiros, mesmo que ocupados, na dimensão “Tempo disponibilizado”. Também 70 (93%) inquiridos afirmaram concordar com “Pessoal de enfermagem como amigos” e 69 (92%) concordaram com a dimensão “Assegurar a privacidade”. Verificou-se que a maioria, 91%, discordaram perante a dimensão “Sem interesse por mim, como pessoa”. Portanto, parece sustentar-se um nível de concordância e positiva na experiência da relação interpessoal da pessoa transplantada hepática com o enfermeiro.

Quadro nº 11 - Proporção por grau de concordância acerca da Relação Interpessoal

	n total	Discordo			Concordo			Nem Concordo/Nem Discordo		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Tempo disponibilizado	75	5	6,7	(2,2 ; 14,9)	63	84,0	(73,7 ; 91,4)	7	9,3	(3,8 ; 18,3)
Pessoal de Enfermagem como amigos	75	2	2,7	(0,3 ; 9,3)	70	93,3	(85,1 ; 97,8)	3	4,0	(0,8 ; 11,2)
Sem Interesse por mim, como pessoa	74	67	90,5	(80,1 ; 95,3)	2	2,7	(2,2 ; 14,9)	5	6,8	(0,3 ; 9,3)
Assegurar a privacidade	75	5	6,7	(2,2 ; 14,9)	69	92,0	(83,4 ; 97,0)	1	1,3	(0,0 ; 7,2)

No que diz respeito à variável – Participação e envolvimento (Quadro nº 12), as respostas estão distribuídas na dimensão “Tempo para o diálogo” com 16% de opção na modalidade “Discordo” e na modalidade “Nem concordo/nem discordo”, sendo que 51 (68%) inquiridos optaram pelo “Concordo”. Relativamente ao “Ter em conta a minha opinião nos cuidados”, ou seja, os enfermeiros terem em consideração a opinião da



pessoa, alvo dos cuidados, aquando a prestação de cuidados; 66 (88%) inquiridos optaram pela modalidade “Concordo”. A resposta a estas dimensões parecem manifestar uma experiência de concordância positiva por parte da pessoa transplantada hepática em relação à participação e envolvimento.

Quadro nº 12 - Proporção por grau de concordância acerca de Participação e Envolvimento

	n total	Discordo			Concordo			Nem Concordo/Nem Discordo		
		n	%	IC95 %	n	%	IC95 %	n	%	IC95 %
Tempo para o diálogo	75	12	16,0	(8,6 ; 26,3)	51	68,0	(56,2 ; 78,3)	12	16,0	(8,6 ; 26,3)
Opinião nos cuidados	75	3	4,0	(0,8 ; 11,2)	66	88,0	(78,4 ; 94,4)	6	8,0	(3,0 ; 16,6)

### 3.1.4 Percepção sobre os Cuidados de Enfermagem

A percepção da pessoa transplantada hepática relativamente aos cuidados de enfermagem prestados para a preparação do regresso a casa, durante o internamento da cirurgia em causa, obteve-se da sua opção pelos cinco itens da escala usada, correspondendo o primeiro ao “Nada satisfeito” e o último ao “Muitíssimo satisfeito”, tendo sido operacionalizadas em duas modalidades: “Insatisfeito” e “Satisfeito”.

Na variável - Informação (Quadro nº13), destacam-se o percentual significativo na modalidade “Satisfeito” nas três dimensões, por ordem decrescente: “Explicação”, 99%, “Ensinaamentos para a sua saúde”, 97%; e “Informação sobre o seu estado e tratamento”, 96%, reforçando o que parece ser uma opinião de satisfação da pessoa face à informação sobre o seu estado e tratamento, a forma de explicação e os ensinamentos para a sua saúde.

Quadro nº 13 - Proporção da percepção na Informação

	n total	Insatisfeito			Satisfeito		
		n	%	IC95 %	n	%	IC95 %
Informação sobre o seu estado e tratamento	73	3	4,1	(0,8;11,2)	70	95,9	(85,1;97,8)
Explicação	75	1	1,3	(0,0; 7,2)	74	98,7	(92,8;100,0)
Ensinaamentos para a sua saúde	73	2	2,7	(0,3; 9,5)	71	97,3	(90,5;99,7)



No que se refere à variável – Comunicação (Quadro nº 14), há a salientar também, o diferencial percentual significativo nas pessoas inquiridas que optaram pela modalidade “Satisfeito”, onde se destaca “Ajuda dada” e “Responder aos seus pedidos” com 99%, e “Tempo passado consigo” e “Tranquilizou os seus parentes e amigos” com 97% de respostas. Reforça o que parece sugerir uma opinião de satisfação com a comunicação experienciada no internamento, no que se refere ao tempo para a pessoa, ao responder aos seus pedidos, ao tranquilizar os parentes e amigos e à ajuda dada.

Quadro nº14 - Proporção da percepção na Comunicação

	n total	Insatisfeito			Satisfeito		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%
Tempo passado consigo	75	2	2,7	(0,3 ;9,3)	73	97,3	(90,7; 99,7)
Responder aos seus pedidos	73	1	1,4	(0,0; 7,4)	72	98,6	(92,6; 100,0)
Tranquilizou os seus parentes e amigos	73	2	2,7	(0,3; 9,5)	71	97,3	(90,5; 99,7)
Ajuda Dada	75	1	1,3	(0,0; 7,2)	74	98,7	(92,8;100,0)

Também, na variável – Relação interpessoal (Quadro nº15), se verificou a tendência para a modalidade “Satisfeito” em todas as suas dimensões, com prevalências entre os 96% e os 99%. Também todas as respostas parecem sugerir uma opinião positiva e de satisfação com a relação interpessoal, no que diz respeito ao sentir-se em casa, à forma como o pessoal de enfermagem o tratou como individuo, ao ouvir os seus medos e preocupações e à privacidade proporcionada.

Quadro nº15 - Proporção da percepção na Relação Interpessoal

	n total	Insatisfeito			Satisfeito		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%
Sentir-se em casa	75	3	4,0	(0,8; 11,	72	96,0	(88,8; 99,2)
Tratou como individuo	74	1	1,4	(0,0; 7,3)	73	98,6	(92,7;100,0)
Ouviu os seus medos e preocupações	74	2	2,7	(0,3; 9,4)	72	97,3	(90,6;99,7)
Privacidade	74	2	2,7	(0,3;9,4)	72	97,3	(90,6; 99,7)



Relativamente à variável – Participação e envolvimento (Quadro nº16), há a referir ambas as dimensões, tiveram o mesmo valor percentual na modalidade “Satisfeito”, com 99%. Parece, também, sugerir uma opinião de satisfação em relação à consciência do pessoal de enfermagem das suas necessidades e à preparação para o regresso a casa.

Quadro nº16 - Proporção da percepção na Participação e Envolvimento

	n total	Insatisfeito			Satisfeito		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%
Consciência das suas necessidades	74	1	1,4	(0,0; 7,3)	73	98,6	(92,7; 100,0)
Preparação para o regresso a casa	73	1	1,4	(0,0; 7,4)	72	98,6	(92,6;100,0)

### 3.1.5 Síntese das prevalências das respostas favoráveis da amostra inquirida em Experiência e Percepção

Verifica-se que a maioria das respostas incidiram em maior predominância nos itens da segunda metade das escalas utilizadas, o que parece traduzir um maior número de respostas favoráveis.

De forma a analisar sinteticamente as respostas favoráveis dos doentes transplantados hepáticos nas variáveis: Informação, Comunicação, Relação Interpessoal e Participação e Envolvimento em relação à sua experiência com os cuidados e enfermagem e em relação à sua opinião sobre os cuidados de enfermagem prestados durante o internamento, construiu-se um quadro síntese de prevalências (Quadro nº 17).

Assim, em relação à Experiência com os cuidados de enfermagem, e após agrupamento das respectivas dimensões por variável, constata-se: que “Relação interpessoal” obteve a maior percentagem de concordância (90%), enquanto que “Participação e Envolvimento” obteve a menor percentagem (78%), seguida da “Informação” (79%).

Quanto às respostas dadas pelos inquiridos relativamente à Percepção sobre os cuidados de enfermagem, e após agrupamento das respectivas dimensões por variável, constatou-se que “Participação e Envolvimento” obteve maior percentagem de satisfação (99%), enquanto que “Informação” e “Relação Interpessoal” obtiveram igualmente a menor percentagem (97%).



Quadro nº17 - Síntese das prevalências das respostas favoráveis da amostra inquirida em Experiência e Percepção

	EXPERIÊNCIA		PERCEPÇÃO	
	n	% (n)	n	% (n)
<b>INFORMAÇÃO</b>	225	78,6 (177)	221	97,3 (215)
<b>COMUNICAÇÃO</b>	297	85,6 (255)	296	97,9 (290)
<b>RELAÇÃO INTERPESSOAL</b>	299	89,96 (269)	297	97,3 (289)
<b>PARTICIPAÇÃO E ENVOLVIMENTO</b>	150	78,0 (117)	147	98,6 (145)

### 3.1.6 Preparação do Regresso a Casa

Dos 75 inquiridos (Quadro nº 18), 96% considerou que se encontrava esclarecido, no domicílio, na primeira semana após ter alta hospitalar.

Dos recursos mais utilizados para o esclarecimento de dúvidas, salientaram-se por ordem decrescente: “Consulta médica”, 49%; “Panfleto de alta”, 44%; “Consulta de enfermagem”, 43%; “Contacto telefónico”, 31% e “Familiar/amigo”, 16%. Com estes recursos, 84% dos inquiridos “Conseguiu esclarecer as suas dúvidas”. Estes aspectos parecem indicar que a pessoa transplantada hepática considerou estar esclarecida na primeira semana após a alta sendo a “Consulta médica” o recurso mais utilizado para o esclarecimento de dúvidas e que com a globalidade dos recursos, conseguiu esclarecer as suas dúvidas.

Salienta-se ainda que todas as pessoas inquiridas classificaram os cuidados de enfermagem recebidos para o regresso a casa apenas nas duas dimensões positivas: “Bons/Muito Bons”, 85% e “Razoáveis”, 15%.



Quadro nº 18- Preparação do Regresso a Casa

	n	%	IC95 %
<b>Esclarecido no domicílio</b>			
Não	3	4,0	(0,8; 11,2)
Sim	72	96,0	(88,8; 99,2)
<b>Recursos para Esclarecer as dúvidas</b>			
<b>Panfleto de alta</b>			
Não	38	50,7	(41,3; 65,5)
Sim	33	44,0	(34,5; 58,7)
Sem informação	4	5,3	
<b>Contacto Telefónico</b>			
Não	48	64,0	(55,5; 78,2)
Sim	23	30,7	(21,8; 44,5)
Sem informação	4	5,3	
<b>Consulta Enfermagem</b>			
Não	39	52,0	(42,7; 66,8)
Sim	32	42,7	(33,2; 57,3)
Sem informação	4	5,3	
<b>Consulta Médica</b>			
Não	34	45,3	(35,9; 60,1)
Sim	37	49,3	(39,9; 64,1)
Sem informação	4	5,3	
<b>Familiar/amigo</b>			
Não	59	78,7	(72,3; 91,0)
Sim	12	16,0	(8,6; 27,7)
Sem informação	4	5,3	
<b>Conseguí esclarecer as dúvidas</b>			
Não	3	4,5	(0,9 ; 12,7)
Sim	63	83,5	(87,3; 99,1)
Sem informação	9	12,0	
<b>Cuidados de Enfermagem para o Regresso a Casa</b>			
Razoáveis	11	14,7	(7,6; 24,7 )
Bons/Muito Bons	64	85,3	(75,3; 92,4)

### 3.1.7 Factores Sócio-Demográficos e a Percepção da Satisfação com os Cuidados de Enfermagem, na Preparação do Regresso a Casa

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao grupo etário e a dias de internamento (Quadro nº 19). A percentagem de inquiridos que afirmaram estar satisfeitos com os cuidados de enfermagem na preparação do regresso a casa, foi maior no sexo masculino (72%), no grupo etário dos 45 aos 64 anos de idade (49%), com menor grau de escolaridade - 1º ciclo (40%), activo profissionalmente (72%), casado ou união de facto (71%), acompanhado (83%), cuidador existente (89%) e inquiridos com dias de internamento num período temporal entre 10 a 30 dias (62%). Constata-se assim, que inquiridos com menor grau de escolaridade, com menor número de dias de internamento e inquiridos na fase do ciclo de vida da adultícia, se encontravam mais satisfeitos com os cuidados prestados.



Quadro nº 19 – Proporção de inquiridos que afirmaram estar Satisfeitos com os cuidados de enfermagem na preparação do regresso a casa, segundo as Características Sócio-demográficas

	n total	% (n)	p
<b>Sexo</b>			
Masculino	54	72,2 (52)	0,539 <sup>a</sup>
Feminino	21	27,8 (20)	
<b>Grupo Etário</b>			
≤ 24	1	1,4 (1)	0,024 <sup>b</sup>
25-44	31	41,7 (30)	
45-64	36	48,6 (35)	
≥ 65	7	8,3 (6)	
<b>Grau de Escolaridade</b>			
1º Ciclo	29	40,3 (29)	0,147 <sup>b</sup>
2º e 3º Ciclo	17	22,2 (16)	
Ensino Secundário	11	13,9 (10)	
Ensino Superior	14	19,4 (14)	
Sem informação	3	4,2 (3)	
<b>Situação perante o Trabalho</b>			
Activo profissionalmente	54	72,2 (52)	0,786 <sup>a</sup>
Não activo profissionalmente	21	27,8 (20)	
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro	14	19,4 (14)	0,939 <sup>b</sup>
Casado ou união de facto	54	70,8 (51)	
Separado ou Divorciado	6	8,3 (6)	
Viúvo	1	1,4 (1)	
<b>Agregado Familiar</b>			
Sozinho	12	16,7 (12)	0,657 <sup>a</sup>
Acompanhado	63	83,3 (60)	
<b>Cuidador</b>			
Inexistente	9	11,1 (8)	0,726 <sup>a</sup>
Existente	66	88,9 (64)	
<b>Dias de Internamento</b>			
10 – 30 dias	63	86,1 (62)	<0,001 <sup>b</sup>
31 – 50 dias	7	8,3 (6)	
51 – 70 dias	3	4,2 (3)	
≥ 71 dias	2	1,4 (2)	

(<sup>a</sup> – Teste Mann-Whitney <sup>b</sup> – Teste Kruskal-Wallis)

### 3.1.8 A Percepção da Satisfação com os cuidados de enfermagem, na preparação do regresso a casa e Experiência Vivenciada

Visando compreender a satisfação das pessoas inquiridas com a experiência de cuidados de enfermagem na área da educação para a saúde, durante o internamento, no âmbito do regresso a casa, torna-se pertinente analisar o cruzamento de cada dimensão da variável com as pessoas satisfeitas nesse âmbito (Quadro nº 20).



Os maiores valores percentuais da satisfação perante a experiência vivida recaem nas dimensões “linguagem acessível” da variável “comunicação” e nas dimensões “pessoal de enfermagem como amigos” e “assegurar a privacidade” da variável “Relação Interpessoal”, todos com 93%. Destacam-se, também as dimensões da variável “Comunicação”, nomeadamente a “explicação prévia” (89%) e a “explicação do problema” (82%). Na variável “Relação Interpessoal” sobressai ainda com percentual elevado (83%) a dimensão “tempo disponibilizado”. A dimensão “opinião nos cuidados” da variável “Participação e Envolvimento”, 88% dos inquiridos satisfeitos, concordaram com a afirmação. Estes aspectos parecem revelar que as pessoas transplantadas satisfeitas têm uma experiência de cuidados de enfermagem de concordância e positiva em todas as dimensões das variáveis estudadas, cujo percentual superior a 69%.

O grau de satisfação foi muito marcante, verificando-se diferenças estatisticamente significativas, em relação a todas as dimensões da variável “Informação”, bem como nas seguintes dimensões da variável “Comunicação”: “fazer, sem estar preparado”, “explicação do problema” e “linguagem acessível”. Na variável “Relação Interpessoal” apenas a dimensão “assegurar a privacidade” e na variável “Participação e Envolvimento” só a dimensão “tempo para o diálogo”, apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Quadro nº20 - Proporção de inquiridos que afirmaram estar Satisfeitos com os cuidados de enfermagem na preparação do regresso a casa, segundo a sua Experiência

	Discordo		Concordo		Nem Concordo Nem Discordo		p
	n total	% (n)	n total	% (n)	n total	% (n)	
<b>Informação</b>							
Não Informação sobre o tratamento	58	79,2 (57)	8	9,7 (7)	9	11,1 (8)	<b>0,029</b>
Informações só quando precisava	51	69,4 (50)	14	18,1 (13)	10	12,5 (9)	<b>0,043</b>
Verificar a compreensão da informação	2	2,8 (2)	68	91,7 (66)	5	5,6 (4)	<b>0,001</b>
<b>Comunicação</b>							
Fazer, sem estar preparado	59	82,9 (58)	8	10,0 (7)	6	7,1 (5)	<b>0,004</b>
Explicação do problema	5	7,0 (5)	60	81,7 (58)	9	11,3 (8)	<b>0,030</b>
Explicação prévia	7	9,7 (7)	67	88,9 (64)	1	1,4 (1)	0,940
Linguagem acessível	1	1,4 (1)	69	93,1 (67)	5	5,6 (4)	<b>0,001</b>
<b>Relação Interpessoal</b>							
Tempo disponibilizado	5	6,9 (5)	63	83,3 (60)	7	9,7 (7)	0,906
Pessoal de Enfermagem como amigos	2	2,8 (2)	70	93,1 (67)	3	4,2 (3)	0,964
Sem interesse por mim, como pessoa	67	90,1 (64)	5	7,0 (5)	2	2,8 (2)	0,948
Assegurar a privacidade	5	5,6 (4)	69	93,1 (67)	1	1,4 (1)	<b>0,001</b>
<b>Participação e Envolvimento</b>							
Tempo para o diálogo	11	13,9 (10)	50	69,4 (50)	12	16,7 (12)	<b>0,060</b>
Opinião nos cuidados	3	4,2 (3)	64	87,5 (63)	6	8,3 (6)	0,932

(p – Teste Kruskal-Wallis)



### 3.1.9 A Satisfação com os Cuidados de Enfermagem na Preparação do Regresso a Casa e Percepção sobre os Cuidados de Enfermagem

A fim de compreender a satisfação da pessoa transplantada hepática com os cuidados de enfermagem prestados no âmbito do regresso a casa, torna-se, pertinente analisar o cruzamento das dimensões de cada variável da opinião com as pessoas satisfeitas nesse âmbito (Quadro nº 21).

Apresentam-se com elevado e idêntico valor percentual (99%) as dimensões “explicação” e “ensinamentos para a sua saúde” da variável “Informação”; “responder aos seus pedidos” e “ajuda dada” da variável “Comunicação”; “ouviu os seus medos e preocupações” e “privacidade” da variável “Relação Interpessoal” e “consciência das suas necessidades” da variável “Participação e Envolvimento”. Estes aspectos parecem convergir para uma opinião elevada de satisfação em todas as dimensões estudadas, cujo valor percentual é superior a 93%.

Há a referir, portanto, que se verificaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão “ensinamentos para a sua saúde” da variável “Informação”, bem como na dimensão “responder aos seus pedidos” da variável “Comunicação” e nas dimensões “ouviu os seus medos e preocupações” e “privacidade” da variável “Relação Interpessoal”.

Quadro nº 21 - Proporção de inquiridos que afirmaram estar Satisfeitos com os cuidados de enfermagem na preparação do regresso a casa, segundo a sua Percepção

	n total	% (n)	p
<b>Informação</b>			
Informação sobre o seu estado e tratamento	72	93,1 (67)	,834
Explicação	72	98,6 (71)	,906
Ensinamentos para a sua saúde	72	98,6 (71)	<0,001
<b>Comunicação</b>			
Tempo passado consigo	72	97,2 (70)	,867
Responder aos seus pedidos	72	98,6 (71)	<0,001
Tranquilizou os seus familiares e amigos	72	94,4 (68)	,865
Ajuda dada	72	98,6 (71)	,906
<b>Relação Interpessoal</b>			
Sentir-se em casa	72	95,8 (69)	,836
Tratou como indivíduo	72	97,2 (70)	,906
Ouviu os seus medos e preocupações	72	98,6 (71)	<0,001
Privacidade	72	98,6 (71)	<0,001
<b>Participação e Envolvimento</b>			
Consciência das suas necessidades	72	98,6 (71)	,906

p - Teste de Mann-Whitney



### **3.1.10 – As dimensões da Satisfação relativamente à Preparação do Regresso a Casa**

Para uma análise mais minuciosa foram analisadas, ainda, as avaliações dos inquiridos relativamente à preparação de alta e a sua satisfação, de acordo com o que se pode observar no Quadro nº22. Para o efeito construiu-se um índice somatório de “Informação”, “Comunicação”, “Relação Interpessoal” e “Participação e Envolvimento”, mediante a agregação das suas dimensões na Experiência com os Cuidados de Enfermagem e com a Opinião sobre os Cuidados de Enfermagem, em cada variável.

Pode constatar-se que foi significativa a associação da “Consulta de Enfermagem”, como recurso utilizado para esclarecimento de dúvidas, com a “Informação”, a “Comunicação” e a “Relação Interpessoal”; enquanto que na variável “Consulta Médica” apenas se distinguiu a “Relação Interpessoal” com significado estatístico. Quanto aos “Cuidados de Enfermagem para o regresso a casa” houve significado estatístico para todas as dimensões de satisfação, à excepção da “Informação”. O “Conseguir esclarecer as dúvidas” associou-se significativamente à “Informação”. Nas variáveis “Esclarecido no domicílio”, “Panfleto de alta”, “Contacto telefónico”, “Familiar/Amigo”, não se observaram diferenças estatisticamente significativas.



Quadro nº22 - Distribuição das dimensões de Satisfação relativamente à Preparação do Regresso a Casa

Variável	Dimensão	Valor teste	Sig.P
Esclarecido no domicílio	Informação	Z=-0,778	n.s
	Comunicação	Z=-1,544	n.s
	Relação Interpessoal	Z=-1,385	n.s
	Participação e Envolvimento	Z=-1,229	n.s
Panfleto de Alta	Informação	Z=-0,025	n.s
	Comunicação	Z=-1,036	n.s
	Relação Interpessoal	Z=-0,191	n.s
	Participação e Envolvimento	Z=-0,484	n.s
Contacto telefónico	Informação	Z=-0,195	n.s
	Comunicação	Z=-0,578	n.s
	Relação Interpessoal	Z=-0,053	n.s
	Participação e Envolvimento	Z=-1,022	n.s
Consulta Enfermagem	Informação	Z=-2,382	<b>0,017</b>
	Comunicação	Z=-3,070	<b>0,002</b>
	Relação Interpessoal	Z=-2,231	<b>0,026</b>
	Participação e Envolvimento	Z=-1,429	n.s
Consulta Médica	Informação	Z=-1,026	n.s
	Comunicação	Z=-1,516	n.s
	Relação Interpessoal	Z=-2,223	<b>0,026</b>
	Participação e Envolvimento	Z=-0,750	n.s
Familiar/Amigo	Informação	Z=-0,296	n.s
	Comunicação	Z=-0,097	n.s
	Relação Interpessoal	Z=-0,887	n.s
	Participação e Envolvimento	Z=-0,835	n.s
Conseguí esclarecer as dúvidas	Informação	Z=-2,340	<b>0,019</b>
	Comunicação	Z=-1,710	n.s
	Relação Interpessoal	Z=-0,760	n.s
	Participação e Envolvimento	Z=-1,484	n.s
Cuidados de Enfermagem para o Regresso a Casa	Informação	K.W= 2,055	n.s
	Comunicação	K.W.=11,358	<b>0,001</b>
	Relação Interpessoal	K.W.=14,905	<b>&lt;0,001</b>
	Participação e Envolvimento	K.W.=15,989	<b>&lt;0,001</b>

(valor Z - Teste Mann-Whitney; valor chi-Square - Teste Kruskal-Wallis )

### 3.2 Dados qualitativos

Consciente da importância da riqueza transmitida pelos dados criados por cada inquirido, valorizou-se o paradigma qualitativo com recurso à análise de conteúdo que visa fazer inferências por identificação sistemática e objectiva das características de uma mensagem (Vala, 1986; Ghiglione e Matalon, 2001).

Neste contexto, optou-se por uma categorização à posteriori, na qual se definiram as três unidades de análise: unidade de contexto, de registo e de enumeração. Relativamente à primeira, que de acordo com Vala (1986), consiste no “segmento mais largo de conteúdo que o analista examina quando caracteriza uma unidade de registo”, definiu-se



que as respostas dadas pelos inquiridos seriam a unidade de contexto. Unidade de registo “(...) é o segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando numa dada categoria” (Vala, 1986), pelo que as expressões ou palavras serão a unidade de registo. Quanto à unidade de enumeração, que é definida pelo mesmo autor (1986) como “(...) a unidade em função da qual se procede à quantificação”.

Num processo de organização e apresentação dos dados construíram-se matrizes num sistema de categorias e subcategorias (Quadro nº23), contemplando a nomenclatura utilizada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Madeira, A. et al, CIPE/ICNP®, 2002).

Quadro nº23 - Sistema de Categorias e Subcategorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Cuidados de enfermagem educacionais e as necessidades e expectativas da pessoa transplantada hepática	Cuidar Regresso a casa Educar para a Saúde Auto-cuidado
Informação transmitida no internamento do transplante hepático, pela equipa de enfermagem, para satisfazer as necessidades da pessoa no domicílio	Executar Vigiar Segurança Medicação
Informação não transmitida no internamento do transplante hepático, pela equipa de enfermagem, e que a pessoa necessitou no domicílio	Medicação Prevenção Executar

Para além da apresentação de sistema de categorias, considera-se importante evidenciar as unidades de registo mais significativas, inseridas no *corpus* da investigação, em cada uma das subcategorias encontradas.

Assim, relativamente ao Quadro nº24, referente às unidades de registo mais significativas por categorias entre os cuidados de enfermagem educacionais durante o internamento e as necessidades e expectativas da pessoa transplantada hepática, constata-se que emerge uma subcategoria com maior relevância (unidade de enumeração com 17) – “Educar para a sua Saúde”. Salientam-se nesta subcategoria as unidades de registo seguintes: “porque explicaram de forma clara e mostraram-se sempre disponíveis em caso de duvidas” e “fui bem esclarecido e bem informado” com 4 unidades de enumeração cada. É de assinalar, também a subcategoria “Auto-Cuidado”, onde surge a unidade de registo “autonomia” com 3 unidades de enumeração



e que o seu subtotal das unidades de enumeração (7) é igual ao da subcategoria “Preparação do Regresso a Casa”. Portanto, estas afirmações da pessoa transplantada hepática sugerem que os cuidados de enfermagem educacionais, durante o internamento, foi ao encontro das suas necessidades e expectativas com maior impacto no âmbito do “educar para a sua saúde” e do “auto-cuidado”, no regresso a casa.

Quadro nº 24 - Unidades de Registo<sup>1</sup> mais significativas por categorias da relação entre os cuidados de enfermagem educacionais, as necessidades e expectativas da pessoa

SUBCATEGORIAS	UNIDADE DE REGISTO	UE
<b>CUIDAR</b>	• “porque me senti mais segura” (Q4)	1
	• “por ser uma situação nova” (Q5)	1
	• “nunca me trataram como individuo mas sim como ser humano, com muito carinho e atenção”(Q5)	1
	• “a equipa foi excelente comigo” (Q25)	1
	<b>Sub-total</b>	<b>4</b>
<b>REGRESSO A CASA</b>	• “Percepção das minhas limitações como pós-transplantado” (Q1)	1
	• “cuidados a ter em casa após a alta” (Q1)	1
	• “para melhorar a minha qualidade de vida” (Q5)	1
	• “foram-me explicadas muitas das minhas futuras limitações, como ultrapassá-las e como lidar com o meu corpo e a minha nova condição, de forma a não cometer erros que comprometam o transplante a que fui submetida” (Q17)	1
	• “porque apaziguou as minhas dúvidas e receios no pós-transplante” (Q23)	1
	• “porque ao passar dos dias as informações que me foram dadas vieram a ser postas em pratica por mim”(Q41)	1
	• “Porque não sabia muito bem lidar com a doença” (Q71)	1
	<b>Sub-total</b>	<b>7</b>
<b>EDUCAR PARA A SUA SAÚDE</b>	• “o modo de solucionar incómodos que tinha” (Q6;12)	2
	• “prevenção de situações potencialmente perigosas” (Q12; 53)	2
	• “porque já me tinham preparado antes do transplante” (25)	1
	• “sempre tive consciência do que me estava a acontecer, pelo tacto da equipa de enfermagem em me informar e preparar” (Q28)	1
	• “porque explicaram de forma clara e mostraram-se sempre disponíveis em caso de duvidas” (Q29;4; 33; 54)	4
	• “tiveram sempre preocupação pedagógica” (Q33)	1
	• “fui bem esclarecido e bem informado” (Q38; 36; 45; 43)	4
	• “Esclarecimentos na adaptação às necessidades diárias” (Q56)	1
	• “Porque não compreendia a linguagem técnica” (Q66)	1
	<b>Sub-total</b>	<b>17</b>
<b>AUTOCUIDADO</b>	• “eu próprio fazia os pensos e tinhas todos os cuidados para comigo” (Q10; 11)	2
	• “achei muito bom de ser informado para ser eu a participar só” (Q21)	1
	• “autonomia” (Q39; 69; 56)	3
	• “deu-me confiança para o regresso à vida autónoma” (Q43)	1
	<b>Sub-total</b>	<b>7</b>

<sup>1</sup> Ao longo do relatório, entende-se por (Q  $\chi$ ) questionário 1, 2 ou  $\chi$



Relativamente às unidades de registo mais significativas por categorias das informações mais úteis, transmitidas no internamento do transplante hepático, para satisfazer as necessidades da pessoa no seu domicílio (Quadro nº25), salientam-se as subcategorias: “Medicação” e “Executar” com 19 e 14 unidades de enumeração respectivamente. A unidade de enumeração que se destaca com 13 unidades de enumeração é “Horas e regras na toma da medicação” na subcategoria “Medicação” e “Penso do tubo em T e respectivos cuidados” com 6 unidades de enumeração na subcategoria “Executar”.

As respostas da pessoa transplantada hepática parecem transparecer que as informações mais úteis, transmitidas no internamento, para satisfazer as suas necessidades no domicílio, recaem nas áreas da “Medicação”, “Executar”, “Segurança” e “Vigiar”.

Quadro nº25 - Unidades de Registo mais significativas por categorias das informações mais úteis, transmitidas no internamento do transplante hepático, para satisfazer as necessidades da pessoa no seu domicílio

SUBCATEGORIAS	UNIDADE DE REGISTO	UE
<b>EXECUTAR</b>	• “Penso do tubo em T e respectivos cuidados”(Q40; 63; 64; 71; 3, 2)	6
	• “Usar máscara” (Q4)	1
	• “Realizar as tarefas ao meu ritmo” (Q60)	1
	• “Todos os dias fazer caminhadas a pé” (Q52; 53)	2
	• “Muito repouso e alimentação a horas” (Q51; 73; 74; 4)	4
	<b>Sub-total</b>	<b>14</b>
<b>VIGIAR</b>	• “Observação atenta do corpo” (Q39)	1
	• “Fui informada que devo estar sempre atenta a determinados sintomas, que poderão ser manifestados devido a algum problema (infecções, rejeições, etc.)” (Q17)	1
	• “Prevenção de possíveis infecções (cuidados a ter) ” (Q12; 33; 5)	3
	<b>Sub-total</b>	<b>5</b>
<b>SEGURANÇA</b>	• “Rotina diária para voltar a ter alguma qualidade de vida” (Q28; 15)	2
	• “Fiquei com a noção de que a minha pele é um órgão muito importante para a minha protecção, devido à imunossupressão a que estou sujeita” (Q17)	1
	• “O medo de vencer uma possível rejeição” (Q5)	1
	• “Consciencialização dos riscos que o transplante acarreta” (Q56)	1
	• “Deslocar à enfermaria caso haja necessidade” (Q69)	1
	• “Cuidados com o contacto com outras pessoas e meio ambiente” (Q74)	1
	<b>Sub-total</b>	<b>7</b>
<b>MEDICAÇÃO</b>	• “Tomar a medicação certa” (Q63; 61;15)	3
	• “Nunca falhar a medicação” (Q71; 51; 25)	3
	• “Horas e regras na toma da medicação” (Q73; 72; 69; 68; 64; 56;55;53;52;50;40;29;3)	13
	<b>Sub-total</b>	<b>19</b>



Quanto às unidades de registo mais significativas por categorias das informações que não foram transmitidas no internamento do transplante hepático, pela equipa de enfermagem, e que a pessoa necessitou no seu domicílio (Quadro nº26), salientam-se a subcategoria “Prevenir” com 5 unidades de enumeração, sendo que “Cuidados a ter com a alimentação” e “Como proceder em situações acidentais (queimaduras, golpes, etc.)” são contempladas com 2 unidades de enumeração. Nas subcategorias “Medicação” e “Executar” registaram-se apenas 2 unidades de enumeração.

Desta forma, torna-se importante assinalar que as respostas da pessoa transplantada hepática, referenciando-se ao internamento da transplantação, sugerem que não foram transmitidas informações no âmbito da “Prevenir”, da “Medicação” e da “Executar” e que necessitaram no domicílio.

Quadro nº26 - Unidades de Registo mais significativas por categorias das informações que não foram transmitidas no internamento do transplante hepático, pela equipa de enfermagem, e que a pessoa necessitou no seu domicílio

SUBCATEGORIAS	UNIDADE DE REGISTO	UE
MEDICAÇÃO	• “O esquecimento de algum medicamento” (Q4)	1
	• “Validade dos medicamentos depois de abertos” (Q17)	1
	Sub-total	2
PREVENIR	• “Como proceder em situações acidentais (queimaduras, golpes, etc.)” (Q17; 33)	2
	• “Evitar contactos próximos com crianças” (Q33)	1
	• “Cuidados a ter com a alimentação” (Q66;44)	2
	Sub-total	5
EXECUTAR	• “Como fazer o penso” (Q10)	1
	• “Como tratar da minha higiene diária” (Q10)	1
	Sub-total	2



#### 4. DISCUSSÃO

Com este estudo analisou-se a satisfação da pessoa submetida a transplante hepático, sobre os cuidados de enfermagem que lhes foram prestados durante o internamento hospitalar da intervenção cirúrgica, no âmbito da educação para a saúde, conducentes à preparação do regresso a casa, cumprindo-se, assim, um dos principais objectivos deste trabalho.

A fiabilidade dos resultados é condição fundamental para que, a partir, destes, se possam extrair elações e conclusões válidas que contribuam para o novo conhecimento científico. O presente estudo esteve sujeito a condicionantes que podem ter criado viéses, sendo, por isso necessária uma reflexão sobre cada um dos passos que envolveram todo o processo de investigação.

##### **Metodologia**

A **especificidade da pessoa transplantada hepática** emerge da reflexão da autora, enfermeira em contexto hospitalar sobre o cuidar à pessoa, tendo em conta as suas necessidades na área da educação para a sua saúde dada a complexidade da intervenção cirúrgica. Valoriza-se a pessoa transplantada hepática por todas as suas vivências e experiências enquanto doente, ou seja, desde que é candidato a transplante à altura em que é submetido à intervenção cirúrgica, ao internamento na unidade de cuidados intensivos, seguindo-se o internamento na unidade de transplantação e posteriormente o acompanhamento sistemático na consulta externa de transplantação. Este contexto torna-se rico, na medida em que a diversidade de expectativas, experiências e a percepção da pessoa interferem na sua relação com o enfermeiro. O que também se manifesta na afirmação de uma pessoa transplantada: “Foi o sentir que acabava o ciclo em que desconsoladamente tinha vivido e que agora se abriria um novo horizonte cultural no sentido em que «tudo» seria por certo posto em causa e que, portanto, alguma coisa mudaria. Para melhor? Para pior? Ou «antes pelo contrário»?...” (Guita, 2005, p.17). Neste sentido, tornou-se pertinente, conhecer o grau de satisfação da pessoa transplantada hepática face à intervenção em enfermagem, durante o internamento



hospitalar da intervenção cirúrgica, uma vez que a opinião da pessoa poderá ser o caminho para a melhoria dos modelos de intervenção em educação para a saúde no regresso a casa.

Em relação ao **tipo de estudo**, optou-se por um estudo descritivo, transversal, de abordagem mista e exploratório, isto porque a educação para a saúde no regresso a casa após o transplante hepático é uma temática ainda pouco investigada, onde a literatura disponível não fornece estrutura conceptual que sirva de base à construção de proposições teóricas (Yin, 2001). Existem alguns estudos de investigação em enfermagem na área da educação para a saúde e na área da qualidade de vida do doente transplantado, no entanto, a perspectiva da satisfação da pessoa transplantada hepática com os cuidados de enfermagem no regresso a casa nunca foi estudada. Por este motivo, tornou-se impulsionador realizar um estudo desta natureza, visto que a “voz” da pessoa - interventiva nos cuidados, poderá contribuir enormemente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para uma maior visibilidade da autonomia do enfermeiro no processo de cuidar.

De acordo com o esquema da Figura 4, valorizou-se uma **abordagem quantitativa**, uma vez que consiste num “processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. (...) tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos” (Fortin, 1999, p.22). Esta abordagem quantitativa, parte de um postulado e/ou conceito como modelo de interpretação do fenómeno estudado, segundo o método hipotético-dedutivo (Quivy & Campenhoudt, 1992).

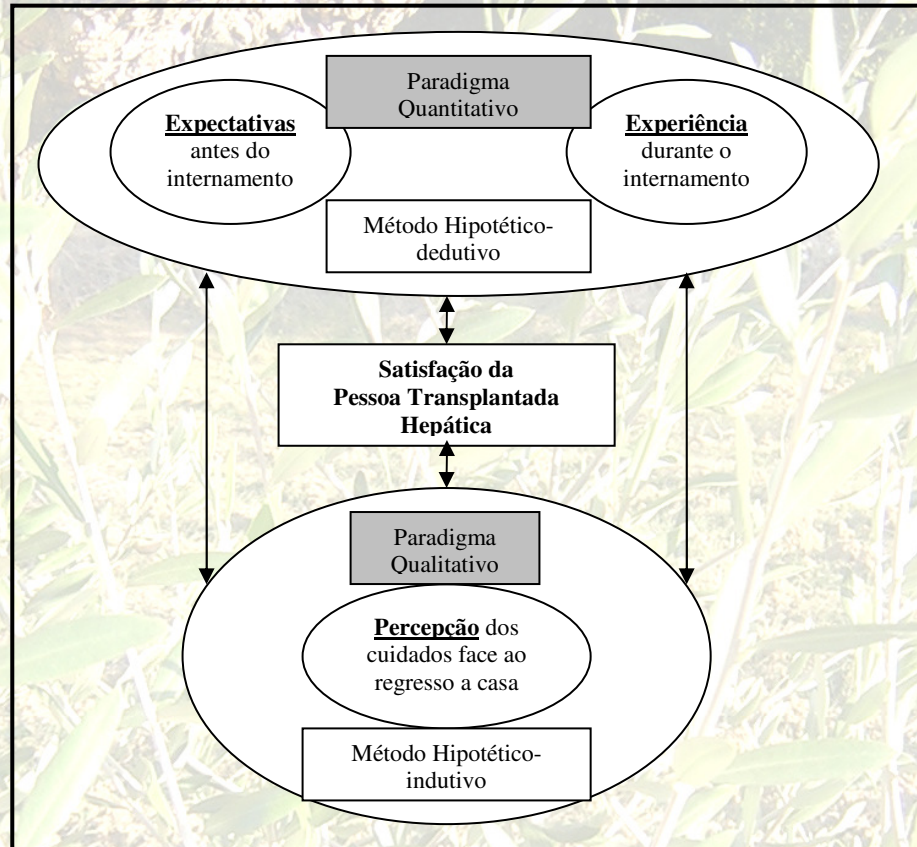
Importa referir, que a componente quantitativa deste estudo permitiu caracterizar os factores que influenciam as expectativas da pessoa antes do internamento, nomeadamente as variáveis do domínio sócio-demográfico e saúde, bem como a experiência vivida pelo doente transplantado hepático durante o internamento.

De acordo com o mesmo esquema, optou-se também pela **abordagem qualitativa**, visto ser a pessoa o alvo dos cuidados e é a ela a quem se pede a expressão da percepção dos cuidados de enfermagem face ao regresso a casa. Nesta vertente, teve-se como objectivo compreender o processo pelo qual as pessoas constroem e descrevem os significados, de forma a investigar o fenómeno em contexto natural e em toda a sua complexidade (Bogdan & Biklen, 1999). Esta perspectiva vai ao encontro do método hipotético-indutivo utilizado no paradigma qualitativo, onde o investigador partindo



do que desconhece, constrói novos conceitos e novas hipóteses, que em posteriores estudos poderão ser testadas (Quivy & Campenhoudt, 1992).

Figura 4 – Convergência entre os Paradigmas Quantitativo e Qualitativo e os Métodos Hipotético-Dedutivo e Hipotético-Indutivo



Quanto à **amostra** e relativamente ao critério da pessoa não ser re-transplantada, este deveu-se ao facto de que as vivências de mais do que um internamento para transplante hepático confere diferentes expectativas e diferentes experiências, factores que poderiam ser confundíveis e, consequentemente, ocasionar um viés de determinação ou colheita.

A escolha do período do internamento hospitalar para transplantação hepática deveu-se ao facto de o número de transplantes efectuados neste período ser de 141 casos.

Dada esta casuística e a afluência às consultas externas ser quinzenal, para pessoas com menos de um ano pós-transplante e trimestral para pessoas com mais de um ano pós-transplante, foi contemplado este período de forma a obter uma amostra estatisticamente significativa. O facto de terem sido avaliadas 75 pessoas transplantadas hepáticas sugere que a dimensão da amostra foi adequada para os objectivos do estudo.

Quanto ao intervalo de tempo entre o internamento, há a referir que parte das questões



colocadas se referem ao momento de internamento do transplante hepático, o que em alguns casos poderá estar sujeito a um viés de memória. No entanto, considera-se que a intervenção cirúrgica de um transplante hepático é um acontecimento suficientemente marcante.

Esta amostra não é representativa da população de transplantados hepáticos, e o facto de se tratar de uma amostra de conveniência impossibilita generalizações e extrapolações dos resultados obtidos. No entanto, consciente das limitações decorrentes deste facto, é possível tecer algumas considerações sobre os resultados.

Em relação ao **desenho do estudo**, poder-se-á referir que a definição do conceito de satisfação é difícil de concretizar, dado ser subjectivo e multidimensional. Poderiam porventura terem sido considerados outros indicadores nas expectativas, experiência ou percepção. No entanto, a especificidade da problemática em estudo, a organização metodológica e os eixos teóricos em análise, encaminharam para os indicadores e variáveis estudadas. Isto porque, mais do que investigar a satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem prestados, é importante investigar essa satisfação no âmbito da educação para a saúde para o regresso a casa. Além de que os resultados obtidos confirmam a complexidade desta satisfação.

Quanto ao **instrumento de colheita de dados**, salienta-se que o questionário foi redigido numa linguagem acessível à amostra em estudo e procurou-se, com recurso ao uso de cores, criar um questionário mais apelativo e de resposta fácil. Estas opções revelaram-se acertadas pela boa adesão ao questionário. Foi neste sentido, que dadas as características da população alvo e visto pretender-se inquirir a satisfação da pessoa, e tal como afirma Gil (1989, p.124): “o questionário constitui hoje uma das mais importantes técnicas disponíveis para a obtenção de dados nas pesquisas sociais. (...) técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objectivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.”. Portanto, o inquérito por questionário permite colocar questões relativas à situação social, profissional ou familiar, opiniões, atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, expectativas, ou sobre qualquer outro ponto de interesse para o investigador (Quivy & Campenhoudt, 1992).

A opção por um questionário composto por questões de âmbito quantitativo e qualitativo baseou-se na premissa de que as questões fechadas permitem a colheita de



informação factual e as questões abertas, conduzem a respostas variadas na procura de atitudes e experiências (Nichols, P., 1991).

A preocupação em avaliar os resultados dos cuidados de saúde, impulsionou à interrogação sobre como medir a satisfação da pessoa - alvo dos cuidados. Há a referir que no campo da avaliação da satisfação, os métodos e instrumentos de colheita de dados estão distantes da uniformidade, isto porque as investigações nesta área raramente são conduzidas com objectivos de comparabilidade (Burroughs, *et al*, 2001). Além de que, os graus de satisfação diferem consoante os métodos de investigação utilizados e, estes, por sua vez, diferem segundo os grupos populacionais que são comparados, impossibilitando comparações fidedignas (Burroughs, *et al*, 2001). Relativamente à utilização de questionários da área da satisfação, há a ter em conta que a sua validade depende simultaneamente do tipo e escala das respostas fechadas, que reflectem as percepções e sentimentos das pessoas; além de que um instrumento desenvolvido num diferente momento, país ou contexto cultural pode não ser válido no grupo que se pretenda estudar (Boynton, P.; Greenhalg, T., 2004).

Clarifica-se que a escala “The Newcastle Satisfaction With Nursing Scale” (1988) foi construída para avaliar a experiência e a satisfação com os cuidados de enfermagem, dirigida a doentes do foro hospitalar (Thomas, L.H.; Bonds, S.; 1996) por Thomas *et al*, em 1995 e, foi traduzida em português e validada por Faria, A. (2006), sendo denominada “As suas Opiniões sobre os Cuidados de Enfermagem”. Nesta investigação, utilizou-se esta escala conforme a original, mas não na sua totalidade, dada a especificidade do objecto de estudo.

As limitações da utilização deste instrumento de colheita de dados, prenderam-se com o preenchimento das questões de âmbito qualitativo, onde houve menor adesão no preenchimento, questões que habitualmente requerem mais concentração e cooperação.

Inúmeros estudos avaliam a satisfação do doente com os cuidados de enfermagem, com diferentes metodologias e diferente tipo de doentes, no entanto, tal como Sepúlveda, M. (1998, p.54) afirma em relação à avaliação da satisfação: “As opiniões dividem-se, não havendo uniformidade em relação ao tipo de investigação que deve ser seguido”. Consciente destas dificuldades foi construída a metodologia deste estudo tendo em consideração muitos trabalhos nacionais e internacionais, numa perspectiva do geral para o particular, tendo em linha de conta os eixos estruturadores e objectivos desta investigação.



Apresenta-se a discussão dos **resultados** no âmbito da problemática em estudo, baseada na estrutura do movimento metodológico, ao nível das expectativas, experiência e percepção da satisfação da pessoa transplantada hepática face aos cuidados de educação para a saúde prestados, para o regresso a casa.

Relativamente às **expectativas** e quanto aos factores sócio-demográficos, há a referir que a maioria das pessoas transplantadas hepáticas inquiridas eram do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 45 e 64 anos de idade, isto devido às principais doenças que levaram à necessidade da intervenção, em que mais de metade pertenciam a grupos com menor nível de escolaridade, casados ou em união de facto, com existência de cuidador e trabalhadores activos. Estas características estão intimamente ligadas aos critérios para transplante hepático, sendo que “a decisão de propor transplante deve fazer-se após avaliação caso a caso. Os critérios, que podem ser variáveis, de acordo com a instituição, continuarão a ser modificados à medida que se vão verificando progressos na técnica, na imunossupressão e nos cuidados perioperatórios” (Thelan, L.; *et al*, 1996, p.911). A qualidade de vida após transplante é a regra, pelo que os riscos da transplantação e alguns factores devem ser tidos em conta: idade, sintomatologia, condição clínica e perfil psicológico (Pena, J; 2007).

Relativamente às **expectativas**, no domínio da saúde, a maioria dos indivíduos teve doenças que pertenciam ao grupo dos Distúrbios Metabólicos, onde se incluem a Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF), o que não é surpreender, visto que esta patologia – PAF tipo I, com origem Portuguesa é a variedade mais comum (Monteiro, E.; 2007). Esta patologia “é uma doença relativamente rara, de incidência no Litoral Norte de Portugal, de grande morbilidade e potencialmente fatal” (Ramos, A.; 1996).

Na sua maioria as pessoas inquiridas, referiram ter necessidade de medicação crónica a horas certas e não ter consumo diário de bebidas alcoólicas, antes da cirurgia. Estes factores têm influência nas suas expectativas, constituindo a doença hepática alcoólica indicação para a transplantação hepática, em praticamente todos os países, no entanto há que realizar uma avaliação psiquiátrica dos candidatos a transplante, dado que uma fraca adesão ao tratamento ou quem apresente um elevado risco de complicações psiquiátricas pós-transplante, podem comprometer não só a qualidade de vida mas também o sucesso do transplante (Barroso, E.; *et al*, 2006).



A média do tempo de internamento foi de 26,4 dias. Antes da intervenção cirúrgica a maioria dos inquiridos referiram ter tido internamentos hospitalares anteriores e que este facto influenciou a forma como receberam as informações no internamento do transplante hepático. Torna-se, assim, importante constatar que as experiências prévias, a idade e o tempo de internamento são factores que influenciam as expectativas da pessoa transplantada hepática, o que também vai ao encontro das conclusões do estudo de Peter, J.; Magnus, O.; Bengt, F. (2002).

Quanto à **Experiência e Percepção com os cuidados de enfermagem**, no âmbito da educação para a saúde, visando o regresso a casa, prestados durante o internamento do transplante hepático, parece ser sustentada, por um lado, uma experiência concordante e positiva e, por outro lado, a satisfação por parte da pessoa transplantada hepática no que diz respeito a todas as variáveis analisadas: Informação, Comunicação, Relação Interpessoal e Participação e envolvimento. No entanto, parece existir dentro desta positividade alguma diferenciação, isto porque, no que se refere à experiência da pessoa transplantada hepática, a “Relação Interpessoal” é o aspecto mais concordante e positivo, e no que se refere à percepção sobre os cuidados de enfermagem, o aspecto de maior satisfação diz respeito à “Participação e Envolvimento”, sendo que em ambas a “Informação” é o aspecto menos valorizado. Também no estudo de Monteiro, A. (2000), acerca da “Qualidade dos cuidados hospitalares: a voz dos doentes” se conclui que “(...) as instruções recebidas obtêm pontuações baixas considerando a sua importância (...) acresce que por vezes há descontinuidade dos cuidados quando o doente sai do hospital”.

As pessoas transplantadas hepáticas inquiridas manifestaram que se encontraram esclarecidas, no domicílio, na primeira semana após ter alta hospitalar, salientando os dois recursos mais utilizados para o esclarecimento de dúvidas a “Consulta médica” e “Panfleto de alta”. Também no estudo de Cleary, M; Horsfall, J; Hunt, G. (2003), os inquiridos destacaram a informação escrita, na melhoria da preparação do regresso a casa. Há ainda a referir que houve diferenças estatisticamente significativas na associação “Consulta de Enfermagem” com as dimensões: “Informação”, “Comunicação” e “Relação Interpessoal”, enquanto que na “Consulta médica” apenas a dimensão “Relação Interpessoal” teve significado estatístico.

Da análise das associações estatísticas entre os dados quantitativos, verificou-se existir associação entre a satisfação com os cuidados de enfermagem na preparação do



regresso a casa e o grupo etário, e entre a satisfação e os dias de internamento; e associação estatística entre a experiência e a percepção, nas suas dimensões “Comunicação”, “Relação Interpessoal” e “Participação e Envolvimento”. Resultados que são idênticos aos do estudo de Peter, J.; Magnus, O.; Bengt, F. (2002), em que também estas dimensões tiveram influência na satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem, referindo ainda que os enfermeiros têm grande possibilidade de influenciar estas dimensões.

Em relação aos **resultados de âmbito qualitativo**, conclui-se que a pessoa transplantada hepática afirmou que os cuidados de enfermagem educacionais, durante o internamento, foram ao encontro das suas necessidades e expectativas com maior impacto no âmbito de “Educar para a sua Saúde” e do “Auto-cuidado”, no regresso a casa. As informações mais úteis, transmitidas durante o internamento, para satisfazer as suas necessidades no domicílio, recaíram em maior número na área da “Medicação”, enquanto que as informações que não foram transmitidas, recaíram em maior número na área da “Prevenção”.

A avaliação global dos cuidados de enfermagem recebidos para o regresso a casa foi bastante positiva, sendo que a totalidade dos inquiridos pontuou nas duas dimensões favoráveis desta questão globalizante: “Bons/Muito Bons” e “Razoáveis”. Aspectos estes que revelam grande satisfação, em concordância com as conclusões obtidas no estudo de Lucas, M<sup>a</sup>. (2002).



## 5. CONCLUSÃO

Todo o investigador anseia que o seu trabalho tenha utilidade, pelo que faz um exame crítico ao seu trabalho (Quivy & Campenhoudt, 1992).

Culmina aqui todo um percurso de investigação, que visou a construção de uma metodologia acerca da satisfação da pessoa submetida a transplante hepático, no âmbito da educação para a saúde, sobre os cuidados de enfermagem que lhes foram prestados durante o internamento hospitalar do transplante hepático, conducentes à preparação de uma reintegração familiar e social.

É imperativo, hoje, que as organizações de saúde direccionem os seus objectivos para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Destaca-se, assim, um dos importantes pilares da qualidade: avaliação da satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem prestados. Este estudo focou a sua investigação numa direcção ainda mais específica – a satisfação da pessoa com os cuidados de enfermagem prestados, no âmbito da educação para a saúde, visando o regresso a casa.

Tendo em consideração os objectivos desta investigação e as principais conclusões, há a referir que:

- Os factores do domínio sócio-demográfico que influenciaram as expectativas são a idade e o tempo de internamento, assim como as experiências anteriores influenciaram a forma como a pessoa transplantada hepática recebeu as informações nesse internamento.
- A experiência com os cuidados de enfermagem é concordante e positiva, e a percepção da pessoa transplantada hepática é de satisfação, em todos os domínios: Informação, Comunicação, Relação Interpessoal e Participação e envolvimento; domínios estes onde o Enfermeiro tem a possibilidade de influenciar.
- Na preparação para o regresso a casa salientam-se as dimensões da satisfação, considerando a experiência e a percepção da pessoa transplantada e,



relativamente à consulta de enfermagem, a “Informação”, a “Comunicação” e a “Relação Interpessoal”, e à consulta médica, a “Relação Interpessoal”.

- A pessoa transplantada hepática afirmou que os cuidados de enfermagem educacionais, durante o internamento, foram ao encontro das suas necessidades e expectativas com maior impacto no âmbito de “Educar para a sua Saúde” e do “Auto-cuidado”, no regresso a casa.
- As informações mais úteis, transmitidas durante o internamento, para satisfazer as suas necessidades no domicílio, recaíram em maior número na área da “Medicação”, enquanto que as informações que não foram transmitidas, recaíram em maior número na área da “Prevenção”.
- As pessoas submetidas a transplante hepático, inquiridas neste estudo, afirmaram, em termos globais, que os cuidados de enfermagem recebidos durante o internamento, no âmbito da educação para a saúde, para o regresso a casa foram “Bons/Muito Bons” e “Razoáveis”.

Assim, as expectativas, experiências anteriores, experiência com os cuidados de enfermagem e as percepções sobre os cuidados de enfermagem e a preparação para o regresso a casa são, neste contexto, reconhecidas como influenciadoras da satisfação com os cuidados de enfermagem; conclusões em tudo similares ao estudo de Han, C.; et al. (2003).

Salienta-se, desta forma, o contributo deste estudo em enfatizar a importância do papel do enfermeiro enquanto educador para a saúde, evidenciando que as suas intervenções são essenciais para capacitar a pessoa e contribuir para melhoria de ganhos em saúde. É neste sentido que também surge a perspectiva da cooperação intersectorial, na medida em que “os serviços prestadores de cuidados de saúde precisam aprofundar uma abordagem preventiva global e práticas (...) baseadas na evidência, adoptar procedimentos de garantia da qualidade e políticas de inclusão de controlo das desigualdades que, na prática, se conduzirão por táticas de discriminação positiva” (Castanheira, J.; Contreiras, T., 2002, pp.45).

Contudo uma questão emerge: *Será que na satisfação das pessoas sobre as actividades de educação para a saúde em enfermagem estará implícito o reconhecimento de um campo autónomo do saber?* A satisfação da pessoa transplantada hepática com os cuidados de enfermagem prestados no âmbito da educação para a saúde tendo em



vista o regresso a casa, na população estudada, foi positiva. No entanto, a “Consulta médica” foi o recurso mais utilizado para o esclarecimento de dúvidas. É neste sentido que sublinho a afirmação de Amendoeira, J. (2006, p.4): “A Enfermagem constitui-se actualmente numa área do saber útil à sociedade, utilidade esta traduzida essencialmente pelo desenvolvimento de um conjunto de actividades que são essenciais à vida dessa sociedade, mas ainda não reconhecidas como fazendo parte de um campo autónomo do saber e da intervenção.”. É deveras importante que a Enfermagem consolide o seu próprio modelo “num paradigma que a distingue claramente de outras disciplinas da área da saúde, não significando, deste modo, a perda do estatuto de outras, mas sim, a consolidação de um estatuto que os sujeitos do cuidado de enfermagem, reconheçam”(Ib.p.3).

Importa, portanto, cimentar o agir em Enfermagem, pela conciliação dos diversos saberes e consequente perspectivação da percepção da pessoa, porque a satisfação/insatisfação sugerem oportunidades de aperfeiçoamento e melhoria da qualidade dos cuidados, tal como refere González-Valentin, A.; *et al* (2005). Isto representa, pensar na pessoa como centro do sistema.



## RECOMENDAÇÕES

Consciente das limitações deste estudo, considera-se oportuno delinear algumas propostas de intervenção e realização de outros estudos de investigação que possam favorecer a implementação de estratégias conducentes à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e à consolidação do reconhecimento da enfermagem no caminho da autonomia:

- Divulgar os resultados deste estudo na unidade hospitalar onde foi realizado e em congressos e artigos da especialidade;
- Colaborar em programas articulados de índole comunitária: protocolos de comunicação entre cuidados de saúde diferenciados e cuidados primários no sentido de estabelecer a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar;
- Processos de Aprendizagem através de Sessões de Educação para a Saúde, interactivas, a grupos de pessoas que frequentem a consulta pós-cirurgia do hospital, promovendo a discussão, actualização e reflexão das actividades diárias de vida.
- Reuniões de Enfermagem – formação em serviço, onde cada enfermeiro tivesse a oportunidade de expor a sua prática na interrelação enfermeiro-pessoa, proporcionando a reflexão sobre a importância do papel do enfermeiro enquanto educador para a saúde no regresso a casa.
- Replicar o estudo, mas numa metodologia comparativa, a amostras da população Portuguesa de pessoas Transplantadas Hepáticas e Renais;
- Criação de Fórum de Enfermagem de Educação para a Saúde em Transplantação Hepática, por exemplo na internet, onde fosse possível obter informação actualizada e dirigida à pessoa transplantada hepática e onde lhe fosse permitido esclarecer dúvidas e trocar experiências.

Estas estratégias são o culminar da reflexão neste estudo e que permitirão colmatar alguns obstáculos sentidos, bem como impulsionar a que a Educação para a Saúde para o regresso a casa com a pessoa - alvo dos cuidados, seja um processo interactivo, reconhecido e aceite pelos intervenientes, numa postura de participação activa e parceria com responsabilidades da saúde e qualidade de vida.



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Abrunheiro, L. (2005). A Satisfação com o Suporte Social e a Qualidade de Vida no doente após Transplante Hepático. Retirado em 2007/Agosto/08 do web site:<http://www.psicologia.com.pt/artigos/verartigo.php?codigo=A0255&area=d5&subarea=>

Alves, A; Sousa, L. (2004). Cuidar em Enfermagem: Caminhando Rumo a uma Identidade Sócio-profissional Visível. Sinais Vitais, nº56. Setembro, pp.27-29.

Amendoeira, J. (1999). A Formação em Enfermagem: Que Conhecimentos? Que Contextos?. Dissertação de Mestrado em Sociologia. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.

Amendoeira, J. (2006). Enfermagem, Disciplina do Conhecimento. Sinais Vitais, nº67, Julho, 2006, pp. 19-27.

Amendoeira, J. (2006). Uma Biografia Partilhada da Enfermagem: a segunda metade do século XX. Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Barroso, E.; et al. (2006). Abordagem Psiquiátrica do Transplante Hepático. Artigo Revisão. Acta Médica Portuguesa. Unidade de Apoio Psiquiátrico ao Transplante. Centro Hepato-Bilio-Pancreático e de Transplantação. Hospital Curry Cabral. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa. 19: 165-180.

Bensley, R.; Brookins-Fisher, J. (2003). Community Health Education Methods. Jones and Bartlett Publishers.

Bogdan, R.; Biklen, S.K. (1999). Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução á teoria e aos métodos, Porto, Porto Editora



Bolander, V. (1998). Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica. 1ª edição, Lisboa:Lusodidacta.

Boynton, P.; Greenhalg, T. (2004). Hands-on guide to questionnaire research: Selecting, designing, and developing your questionnaire. BMJ. Vol 328, May, pp.1312-1315.

Bryman, A.; Cramer, D. (1993). Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS. 2ª edição. Oeiras: Celta Editora.

Burgess, R. G.(1997). A pesquisa de terreno: uma introdução. Oeiras, Celta Editora.

Burroughs, T. et al, (2001). Patient Satisfaction Measurement Strategies: A comparison of phone and mail methods. Journal on Quality Improvement. vol 27, nº7, July, pp. 349-359.

Bury, J. A. (1988). Éducation pour la Santé: concepts, enjeux, planifications. Bruxelles : De Boeck-Wesmael.

Carr-Hill, R. (1992). The measurement of patient satisfaction. Journal of Public Health Medicine. Vol.14, nº3, pp.236-249.

Castanheira, J. (1989). Saúde dos Adolescentes: Estratégias de Promoção.Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Castanheira, J.; Contreiras, T. (2002). Cooperar – Uma ideia do futuro. Revista Toxicodependências, Vol. 8, nº 1, edição SPTT, pp.45-52.

Carta de Bangucoque (2005) Promoção da Saúde num Mundo Globalizado. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Retirado em 2007/Julho/25 do web site:[http://www.saudepublica.web.pt/05/PromocaoSaude/Dec\\_Bangkok.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05/PromocaoSaude/Dec_Bangkok.htm).

Christensen, J. (1993). Nursing Partnership: A Model for Nursing Practice. Churchill Livingstone. UK edition: Longman Group UK Limited.



CID10 - Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde (1993). 10ª Revisão. Retirado em 2006/Dezembro/03 do web site: [http://www.ine.pt/prodserv/nomenclaturas/cid\\_10.asp](http://www.ine.pt/prodserv/nomenclaturas/cid_10.asp).

Clark, P., et al. (2005). Patient perceptions of quality in discharge instruction. Patient Education & Counseling, Oct, vol.59, nº1, pp.56-68.

Cleary, M.; Horsfall, J.; Hunt, G. (2003). Issues and innovations in nursing practice: Consumer feedback on nursing care and discharge planning. Journal of Advanced Nursing, vol.42; nº3, pp.269-277.

Dias, A. (2000). Promoção da Saúde – Um processo dinâmico. Servir. Vol 48, nº4, Julho/Agosto, pp.190-192.

Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: how can it be Assessed?. Journal of the American Medical Association, nº260, pp.1743-1748.

Duarte, M. (2000). A Satisfação dos Utentes em Relação às Amenidades: estudo nos serviços de internamente de cirurgia II, Medicina II, Ortopedia I e Obstetrícia dos HUC, Lisboa; Dissertação de Pós-Graduação em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública.

Faria, A. (2006). As Opiniões dos Doentes sobre os Cuidados de Enfermagem. Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Fernandes, T. (2003). Avaliação da Satisfação do Utente no Internamento: comparação entre dois modelos de administração de questionário. Curso de Especialização em administração Hospitalar. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.

Ferreira, L. (2001). Determinantes da Satisfação dos Utentes dos Cuidados Primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol temático 2, pp.53-61.



Ferreira, P.; Lourenço, O. (2003). Avaliações subjectivas sobre a qualidade em saúde: um contributo para o estudo da equidade. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol temático 3, pp.81-91.

Ferreira, S. (2003). O Prestador Informal de Cuidados à Pessoa Idosa alvo de Apoio Domiciliário integrado: uma análise exploratória como suporte à garantia da efectividade de um programa de promoção da saúde, Dissertação elaborada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, Escola Nacional de saúde pública da universidade Nova de Lisboa.

Fortin, M. F. (1999). O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Lisboa, Lusociência, editor.

Ghiglione, R.F.; Matalon, B. (2001). O Inquérito: teoria e prática, 4ª ed. Oeiras: Celta Editora.

Ghiglione, R.E.; Matalon, B. (1993). O Inquérito: teoria e prática, 3ª ed. Oeiras: Celta Editora.

Gil, A. (1989, p.124). Métodos e Técnicas de pesquisa Social. 2ª edição. São Paulo: Atlas.

González-Valentin, A.; Padín-lópez, S.; Ramón-Garrido, E. (2005). Patient Satisfaction With Nursing Care in a Regional University Hospital in Southern Spain. Journal of Nursing Care Quality. Jan-Mar, vol 20, nº1, pp 63-72.

Graça, L. (1994). Para uma Teoria da Satisfação dos Utentes de Serviços de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública - Cadeira de Ciências Sociais e humanas, ENSP. Lisboa.

Green, L.W. et al (1980). Health Education planning, a diagnostic approach. California. Mayfield Publishing Company.

Green, L. (1984). Health Education Models in Behavioral Health: A Handbook of health Enhancement and disease Intervention, editado por Matarazzo J D et al. John Wiley & Sons, N Y, pp181-198.



Green, L.W.; Kreuter, M. W. (1991). Health Promotion Planning – an educational and environmental approach, 2ª ed. Mountain View, Canada. Mayfield Publishing Company, editor.

Guita, M. (2005). Voando sobre um Transplante. Germed, editor.

Han, C.; Phyllis, C., e Daryl, C. (2003). Measuring Patient Satisfaction as an Outcome of Nursing Care at a Teaching Hospital of Southern Taiwan. Journal of Nursing Care Quality, vol 18, nº2, Apr-Jun, pp.143-150.

Hill, M.; Hill, A. (; 2002),. Investigação por Questionário, 2ª ed., Lisboa: Edições Silabo, Lda. p.49).

Kérouac, S. et al (1994). La pensée infirmière : concepts et strategies – Québec : Maloie.

Kreuter, M. et al. (2003). Community Health Promotion Ideas That Work. Jones and Bartlett Publishers.

Lazure, H. (1999, p.41)). O Processo da Transplantação de Órgãos: quando os cuidados de enfermagem enxertam a esperança. Servir. Lisboa, vol45, nº1, Jan/Fevereiro, pp.37-42.

Lopes, M. (1999). A Satisfação dos Utentes ao Nível dos Cuidados Primários de saúde: um estudo de caso. Tese de Mestrado de sistemas Sócio-Organizacionais da Actividade económica. Universidade Técnica de Lisboa.

Lourenço, H. (2004). A Satisfação dos Utentes face ao acolhimento. Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Lucas, Mª.; (2002). A Satisfação dos utentes: estudo realizado no Centro de Saúde de Santiago do Cacém. Curso de Mestrado em Saúde Pública; data de discussão da dissertação: Janeiro de 2003; Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.



Madeira, A.; Abecassis, L.; Leal, T. (2002). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP®). Versão Beta 2. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Madeira, A. (2004). Educação para a Saúde: avaliação de capacidades em estudantes de enfermagem. Mestrado em Ciências da Educação na especialidade de educação para a Saúde. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana.

Manderscheid, J.C.; (1994). Modèles et principes en éducation pour la santé. Reveu Française de Pèdagogie, nº 107, Avril-Mai-Juin, pp.81-96.

Maramba, P., Richards, S.; Larrabee, J. (2004). Discharge Planning Process : Applying a model for evidence-based practice. Journal Nursing Care Quality, vol.19, nº2, pp.123-129.

Martins, J. (2003). Programação da Alta Hospitalar do Idoso – um contributo para a continuidade de cuidados. Dissertação para a obtenção de grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

Massarollo, M. ; Kurcgant, P. (2000). Actuação de Enfermeiros num Programa de Transplante Hepático: uma abordagem fenomenológica. Enfermagem Agora. Associação Portuguesa dos Enfermeiros. Jan/Março, nº17, 2ª série, pp.35-40.

Mendes, S.; (2000). Medição da Satisfação de Clientes: Comparação de Técnicas e Aplicação a um Centro Tecnológico. Tese de Mestrado de Ciências Empresariais. Universidade de Coimbra.

Mesquita, C; Paula, H.; Pestana, H.. (2006). Linhas de Investigação. Ryalidades: Formação - que perspectivas? ano IV, nº7. Dezembro. Revista da Associação de Enfermagem do Hospital de Curry Cabral, 35, pp.26-28.

Ministério da saúde. Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (REPE) – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.



Ministério da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004.

Monteiro, A. (2000). Qualidade dos cuidados Hospitalares: A Voz dos doentes. Mestrado em Gestão e Economia da saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; defesa em 13 Julho 2000.

Monteiro, E.; (2007). Familial Amyloidotic Polyneuropathy (PAF): Indications and contraindications for liver transplantation. The 2nd Henri Bismuth Liver Surgery Symposium in conjunction with Journées Hépto-Biliaires and 3<sup>rd</sup> Scientific Meeting of the CHBPT, Lisboa, 5 e 6 de Maio. Fundação Calouste Gulbenkian. p 81.

Nabais, M.; (1995). Qualidade da Assistência Pré-Natal na Perspectiva da Utente. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

Nichols, P. (1991). Social survey methods: a fieldguide for development workers. 2<sup>o</sup> Edição, vol.6, Oxfam editor.

O'Connell, B.; et al (1999). Patient satisfaction With Nursing Care : a measurement conundrum. Internacional Journal of Nursing Practice, vol 5, pp.72-77.

OMS - Carta de Ottawa. (1969). Conferência Internacional sobre a Promoção da saúde.

Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem: Do Caminho Percorrido e das propostas (Análise do primeiro mandato – 1999/2003). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2002). Divulgar: Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2005). Satisfação dos Utentes face aos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, nº16; Março, p.52.



Palma, A. et al. (1995). O Cuidar Profissional. Servir, vol 43, nº1, Jan/Fevereiro, pp.4-8.

Pego, Z. (1998). Qualidade dos Serviços de Urgência: a perspectiva dos utentes. Tese Mestrado Economia e Gestão da Saúde. Universidade de Coimbra.

Pena, J (2007). Liver Transplantation for FAP Patients. The 2nd Henri Bismuth Liver Surgery Symposium in conjunction with Journées Hépato-Biliaires and 3<sup>rd</sup> Scientific Meeting of the CHBPT, Lisboa, 5 e 6 de Maio. Fundação Calouste Gulbenquian, p.10.

Perpétuo, J.; (1991). Satisfação das Utentes da Maternidade Bissaya Barreto. Lisboa; Escola Nacional de Saúde Pública.

Pestana, M. H.; Gageiro, J. N., (2000). Análise de Dados para Ciências Sociais – A complementaridade SPSS, 3<sup>a</sup> ed., Lisboa, Edições Sílabo, Lda.

Peter, J.; Magnus, O.; Bengt, F. (2002). Patient Satisfaction With Nursing Care in the Context of Health Care : a literature study. Scandinavian Journal of Caring Sciences, vol16, nº4, Dec, pp.337-344.

Polit, D.F.; Hungler, B.P. (1985). Investigação Científica en Ciencias de la Salud, México, Nueva Editorial Interamericana, editor.

Polit, D.F.; Hungler, B.P. (1995). Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem, 3<sup>a</sup> edição, Porto Alegre: Artes Médicas.

Pombo, D.; Guerreiro, M. (2006). O Cuidado de Enfermagem ao doente submetido a Transplantação Pulmonar. Revista Portuguesa de Enfermagem, nº8, Out/Nov/Dezembro, Instituto de Formação em Enfermagem, Lda, pp.41-45.

PORTUGAL, Ministério da Saúde - Decreto Lei nº 104/98. Ordem dos Enfermeiros e respectivo estatuto. “Diário da República”, Lisboa, I Série, 21 de Abril. 1998, pp1756-1998.



Quivy, R.; Campenhoudt, L. (1992). Manual de Investigação em Ciências Sociais, Lisboa, Gradiva, editor.

Rabiais, I.; (2007) Contributo do Enfermeiro na Educação para a Saúde: Qualidade de Vida após Cirurgia de Revascularização do Miocárdio. Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação na Especialidade de Educação para a Saúde. Universidade Técnica de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

Ramos, A.; (1996). Sociologia da Medicina e da Saúde/Qualidade de Vida após Transplante Hepático – Uma perspectiva a questionar; Universidade Autónoma de Lisboa; Seminário de Investigação em Sociologia; Lisboa; Dezembro.

Ribeiro, L.; Rebelo, M.; Basto, M. (1996). O Texto e o Contexto nas Tendências de Enfermagem. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol.14, nº4, Out/Dezembro, pp.25-37.

Ribeiro, A. (2003). O percurso da Construção e a Validação de um Instrumento para Avaliação da Satisfação dos Utentes em Relação aos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Nº16, Março, pp.53-60.

Russel, N. (1996). Manual de Educação para a Saúde. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Santos, M. (1993). Avaliação da Qualidade na Perspectiva do Utente – importância dos aspectos não técnicos da prestação. Revista portuguesa de Saúde Pública, vol 11, nº4, Out/Dezembro, pp.29-43.

Sepúlveda, M.; 1998. A Satisfação dos Utentes em Relação à Qualidade dos Cuidados: consultas de ginecologia/obstetrícia e de cirurgia geral na SãVida, Medicina Apoiada, S.A. Revista Portuguesa de saúde Pública. Vol.16; nº4; Outubro/Dezembro, p.33-54.



Silva, A. (2006). Mestrado e Doutoramento em Enfermagem: percursos e Contextos de Investigação. Revista Portuguesa de Enfermagem. Instituto de Formação em Enfermagem, nº5; Jan/Fev/Março, pp. 7-10.

Silva, M. (1994). Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes das consultas Externas do Hospital Garcia de Orta, Lisboa. Curso de Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública.

Silva, M. (1994). Estatística Aplicada à Psicologia e Ciências Sociais. Lisboa. McGrae-Hill de Portugal, Lda.

Suhonen, R.; et al (2005). Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. Journal of Clinical Nursing, Nov., Vol 14, nº10, pp.1167-1176.

Tavares, E. (2004). A Vida depois da Vida: Reabilitação psicológica e social na transplantação de órgãos. Retirado em 2004/Outubro/09 da web site: [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312004000400010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312004000400010&script=sci_arttext)

Thelan, L.; et al. (1996). Enfermagem em Cuidados Intensivos. Diagnóstico e Intervenção. Lisboa: Lusodidacta.

Thibaudeau, M. (1994). A Qualidade dos Cuidados de Saúde: uma necessidade. Enfermagem em Foco. Lisboa. Ano IV (15). Maio-Junho.p.14-16.

Thomas LH, MacMillan J, McColl E, Priest J, Hale C and Bond S (1995). Obtaining patients' views of nursing care to inform the development of a patient satisfaction scale. International Journal of Quality in Health Care. Vol 7, nº2, pp.153-163.

Thomas, L.; Bond, S.; (1996). Measuring patients' satisfaction with nursing: 1990-1994. Journal of Advanced Nursing, vol 23, pp.747-756.



Thomas LH, McColl E, Priest J, Bond S and Boys RJ (1996). Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessment of nursing care. Quality in Health Care. vol 5, nº2, pp.67-72.

Tones, K. (1997). Health Education as Empowerment in Debates and Dilemmas in Promotion Health, Macmillan Press.

Vala, J. Análise de Conteúdo. In Silva, A.; Madureira, P.(1986). Metodologia das Ciências Sociais, 8ª edição, Porto: Edições Afrontamento.

Vuori, H.; (1988). Patient Satisfaction – An Attribute or Indicator of Quality Care?; International Journal of Health Care Quality Assurance, vol 1, nº 2, pp.29-32.

Wallerstein in Bernstein E. (1988). Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. Health Educ Quart, vol 15, nº 4, pp.379-394.

Watts, R.j.; Pierson, J.; Garden H., (2005). How do critical nurses define the discharge planning process ?. Intensive & Critical Care Nursing: the official journal of the British, Feb, vol.21, nº1, pp39-46.

Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept?. Social Science & Medicine, vol38, nº4, pp.509-516.

Yin, R. K. (2001). Estudo de Caso: planejamento e métodos, Porto Alegre, Bookman, editor.





**ANEXOS**



Anexo I – Instrumento de colheita de dados



Anexo II – Autorização para a realização da Investigação